

Kaksonen Ida, Koivisto Roosa

# Munuaissairaiden potilaiden ohjauksen tarpeet

Kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja AMK

Hoitotyön koulutus -ohjelma

Opinnäytetyö

18.4.2017

Tekijät Otsikko	Ida Kaksonen, Roosa Koivisto Munuaissairaiden potilaiden ohjauksen tarpeet
Sivumäärä Aika	42 sivua + 2 liitettä 18.4.2017
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutus -ohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja	Lehtori Eila-Sisko Korhonen
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla munuaissairaiden potilaan ohjauksen tarpeita. Opinnäytetyössä kuvataan pitkäaikaissairaiden potilaiden ohjauksen tarpeita, munuaissairaahan potilaan ohjaustarpeita sekä tarkemmin hemodialyysipotilaan kotihoidon ohjauksen tarpeita. Opinnäytetyö on osana alkavaa yhteistyötä Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Fresenius Medical Care, Musili ry:n ja HUS:in kanssa.</p> <p>Aineisto on analysoitu käyttämällä induktiivista sisällönanalyysiä. Aineisto on analysoitu kolmessa osassa, joista jokainen osa vastaa tutkimuskysymykseen. Tutkimuskysymykset ovat; minkälaisia ohjauksen tarpeita pitkäaikaissairailla potilailla on, mitä ohjauksen tarpeita munuaissairailla potilailla on ja mitä kotihoidon ohjauksen tarpeita hemodialyysi potilailla on?</p> <p>Tuloksissa selvisi, että pitkäaikaissairaiden potilaiden ohjauksen tarpeet ovat tiedollisia, emotionaalisia, kokemusperäisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia. Jotta potilasohjaus olisi mahdollisimman potilaan tarpeisiin vastaavaa on potilailla tarve erilaisiin ohjausmenetelmiin ja odotuksia sekä ohjausta antavalle, että ohjauksen toteutukseen liittyviin asioihin, esimerkiksi potilaat toivovat ohjausta tutulta ammattilaiselta.</p> <p>Munuaissairaiden potilaiden ohjauksen tarpeet ovat suurelta osalta tiedollisia. Potilaat kaipaavat tietoa ja ohjausta esimerkiksi itse sairaudesta, lääkkeistä ja oireista. Lisäksi munuaissairailla potilailla on taloudellisen, sosiaalisen, kokemusperäisen ja emotionaalisen ohjauksen tarpeita. Munuaissairaathan potilaat kaipaavat erilaisia ohjausmenetelmiä ja aineistossa nousi esille tarve myös ravitsemukselliseen ohjaukseen.</p> <p>Hemodialyysipotilaan kotihoidon ohjauksen tarpeet ovat myös tiedollisia, emotionaalisia, sosiaalisia ja kokemusperäisiä. Lisäksi he kaipaavat yksilöllistä ohjausta, sekä käytännön ohjauksen tarpeita. Käytännön ohjauksen tarpeita ovat esimerkiksi ohjaus itse hemodialyysilaitteen käyttöön, esimerkiksi hygieniaan liittyen.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tavoitteena on esitellä tutkittua tietoa Metropolia Ammattikorkeakoululle, Fresenius Medical Care:lle ja Musili ry:lle munuaissairaiden potilaiden ohjauksen kehittämiseen. Tulosten perusteella mielestämme tutkimusta munuaissairaiden potilaiden ohjaukseen liittyen olisi aiheellista tehdä erityisesti pohjoismaalaisesta näkökulmasta.</p>	
Avainsanat	potilasohjaus, munuaissairaus, hemodialyysi, kirjallisuuskatsaus

Authors Title Number of Pages Date	Ida Kaksonen, Roosa Koivisto Educational needs for patients' with renal disease 42 pages + 2 appendices 18.4.2017
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Healthcare
Specialisation option	Nursing
Instructor	Senior Lecturer Eila-Sisko Korhonen
<p>The aim of this thesis is to illustrate chronic renal disease patients' needs for patient education. In thesis we illustrated what is good patient education from patients' perspective, what education needs patients with chronic renal disease has and what home education needs patients in home hemodialysis has. This thesis is part of collaboration with Metropolia University of Applied sciences, Fresenius Medical care, Musiliry and HUS.</p> <p>The data is analyzed by using inductive content analysis. Data is analyzed in three different sections, which each answered to each research question. Research questions were; what kind of education does chronic disease patients need, what education needs chronic kidney patients have and what education needs patients in home hemodialysis have.</p> <p>The results show that education needs for patients with chronic diseases are cognitive, experiential, psychological and social. Patients also have needs for different guidance methods and expectations for person who offers education and the implementation of education. For example patients required education from familiar health care professional.</p> <p>Patient education needs for patients with chronic kidney disease are mostly cognitive. Patients require information about disease itself, medication and diagnostics. In addition patients with chronic kidney disease require information from financial, social, experiential and emotional aspects. Patients also need various kinds of education methods for example needs for visual and spoken education. Patients also need nutritional education.</p> <p>Home hemodialysis patients' need cognitive, emotional, social and experiential information. In addition they need individual guidance and they have practical education needs for example concerning to hemodialysis device and hygiene.</p> <p>The aim of this thesis is to present research material for Metropolia University of applied sciences, Fresenius Medical Care, Musiliry and HUS to improve patient education for chronic kidney disease patients. On our opinion the results lead to conclusion that more study from this theme is needed from Scandinavian perspective.</p>	
Keywords	patient education, kidney disease, hemodialysis, literature review

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tietoperusta	2
2.1	Potilasohjaus	2
2.1.1	Laadukas potilasohjaus	3
2.2	Krooninen munuaisten vajaatoiminta	6
2.2.1	Ohjaus ja itsehoito	7
2.3	Hemodialyysi	8
2.3.1	Kotihemodialyysi	9
3	Tarkoitus ja tavoitteet	11
4	Opinnäytetyön menetelmät	11
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	11
4.2	Aineiston haku ja valinta	13
4.3	Aineiston kuvaus	14
4.4	Aineiston analysointi	15
5	Tulokset	17
5.1	Pitkäaikaissairaiden potilaiden ohjaustarpeet	17
5.1.1	Tiedollisen ohjauksen tarpeet	20
5.1.2	Yksilöllisen ohjauksen tarpeet	21
5.1.3	Erilaisten ohjausmenetelmien tarve	21
5.1.4	Emotionaalisen ohjauksen tarpeet	22
5.1.5	Kokemusperäisen ohjauksen tarpeet	22
5.1.6	Psyykkisen ohjauksen tarpeet	22
5.1.7	Sosiaalisen ohjauksen tarpeet	23
5.2	Munuaissairaalan potilaan hoidon ohjauksen tarpeet	23
5.2.1	Tiedollisen ohjauksen tarpeet	27
5.2.2	Taloudellisen ohjauksen tarpeet	28
5.2.3	Sosiaalisen ohjauksen tarve	28
5.2.4	Kokemusperäisen ohjauksen tarve	28
5.2.5	Emotionaalisen ohjauksen tarve	29
5.2.6	Käytännön asioiden ohjauksen tarve	29
5.2.7	Erilaisten ohjausmenetelmien tarve	29

5.2.8	Ravitsemukseen liittyvä ohjauksen tarve	30
5.2.9	Psyykkisen ohjauksen tarve	30
5.2.10	Eettisen ohjauksen tarve	30
5.3	Hemodialyysipotilaan kotihoidon ohjauksen tarpeet	30
5.3.1	Sosiaalisen ohjauksen tarve	32
5.3.2	Yksilöllisen ohjauksen tarve	33
5.3.3	Erilaisten ohjausmenetelmien tarve	33
5.3.4	Tiedollisen ohjauksen tarve	33
5.3.5	Käytännön ohjauksen tarve	34
5.3.6	Emotionaalisen ohjauksen tarve	34
6	Luotettavuus ja eettisyys	35
6.1	Luotettavuus opinnäytetyössä	35
6.2	Eettisyys opinnäytetyössä	37
7	Pohdinta	38
7.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	38
7.2	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimukset	40
	Lähteet	43
	Liitteet	
	Liite 1. Hakutaulukko	
	Liite 2. Tutkimusartikkelit ja niiden kuvaus	

## 1 Johdanto

Suomessa kroonisen munuaisten vajaatoiminnan aktiivihoidon ilmaantuvuus on Euroopan pienimpiä. Aktiivihoidon parissa vuonna 2014 koko maassa oli 835 potilasta miljoonaa asukasta kohti ja määrä on kasvanut 21 prosenttia vuodesta 2004. Vuonna 2014 dialyysipotilaiden määrä koko maassa oli 329 potilasta miljoonaa asukasta kohden, joista 2 prosentilla oli hoitomuotona kotihemodialyysi. (Suomen munuaistautirekisteri 2014.)

Potilaalle dialyysihoito vaikuttaa merkittävästi sekä fyysisen että toiminnallisen elämän osa-alueilla ja siksi onkin tärkeää välittää potilaalle tietoa sairaudesta, dialyysihoidosta ja sen vaikutuksista selviytymiseen arjessa. Dialyysihoitojen ja vakavan sairauden myötä potilaan elämä muuttuu, näin ollen potilasohjauksen merkitys korostuu ja sen avulla voidaan tukea potilaan selviytymistä. (Eloranta – Gröndahl – Engblom – Leino-Kilpi 2014:7.)

Asiakaskeskeisyys ja potilaan vastuu omasta terveydestä ovat tärkeitä ajankohtaisia teemoja. Terveystieteissä on määritelty terveydenhuollon toteuttamisesta ja sen sisällöstä. Lain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta, kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja, toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta sekä vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä. (Terveystieteilaki 2010/1326 §2.)

Terveystieteissä resurssit ovat supistuneet, ohjaukseen käytettävä aika on vähentynyt ja potilaan vastuu omasta hoidostaan on lisääntynyt. Hoito on muuttunut entistä enemmän avohoitopainotteiseksi. (Kaakinen 2013: 22.) Dialyysissä olevien potilaiden ohjaus ei ole riittävän laaja-alaista ja erityisesti ohjaus sosiaalisesta ulottuvuudesta on puutteellista (Eloranta ym. 2014: 7).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, minkälaisia ovat pitkäaikaissairaiden potilaiden ohjauksen tarpeet, munuaissairaalan potilaan hoidon ohjauksen tarpeet, sekä hemodialyysipotilaan kotihoidon ohjauksen tarpeet kirjallisuuskatsauksen menetelmää käyttäen. Opinnäytetyö on osana alkavaa yhteistyötä Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Fresenius Medical Caren, HUS:in ja Musili ry:n (Munuaisten- ja maksaliitto) kanssa. Näiden tahojen pidemmän aikavälin yhteistyön tavoitteena on kehittää potilasohjausta ja

kotihoidon ohjausta munuaissairaille potilaille. Lisäksi opinnäytetyön tavoitteena on esitellä tutkittua tietoa tämän potilasryhmän ohjauksen kehittämiseen. Aineisto analysoidaan induktiivista sisällönanalyysin periaatteita käyttäen.

## 2 Tietoperusta

Tässä kappaleessa käsitellään opinnäytetyöhön liittyviä tärkeimpiä käsitteitä ja teoriapohjaa. Tietoperusta on pohjana kirjallisuuskatsauksen aineiston analyysille. Kappaleissa käsitellään myös opinnäytetyön tärkeimpiä teemoja esimerkiksi yleisesti potilasohjausta, kroonista munuaissairautta ja hemodialyysia.

### 2.1 Potilasohjaus

Potilasohjauksen perusta on sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä (Eloranta – Virkki 2011:11). Lisäksi ohjausta määrittelee ammattietiikka, erilaiset toimintaa ohjaavat laatu- ja hoitosuosituksot ja terveys- ja hyvinvointiohjelmat (Eloranta ym. 2011:12).

Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 §5.)

Potilasohjaus on tiedon antamista, ohjausta, neuvontaa tai informointia, riippuen potilasohjauksen vastaanottajasta, ohjauksen kestosta tai ohjauksen tavoitteista (Lipponen 2014:17). Potilasohjaukseen kuuluu tiedon vastaanottaminen ja sen omaksuminen. Potilaalla on oikeus saada tietoa ja näin ollen tehdä päätöksiä koskien omaa terveyttään. Tieto tarkoittaa faktoja, taitoja ja ymmärrystä asiasta. Ymmärrys taas tarkoittaa oppijan omaa tietotasoa ja tiedon prosessointia. Potilaan tiedontasoa voidaan mitata ja testata eri keinoin. Näin määritellään, mikä on potilaan ohjauksen todellinen tarve. (Kesänen – Leino-Kilpi – Arifulla – Siekkinen – Valkeapää 2014: 262–271.) Nykypäivänä potilasohjauksessa potilas nähdään aktiivisena osallistujana ja ohjauksessa pyritään tasa-arvoisuuteen (Palonen – Aho – Koivisto – Kaunonen 2012: 116).

Potilaalla on oikeus saada tietoa terveydestään, hoidon laajuudesta, vaihtoehtoista ja riskitekijöistä niin, että hän ymmärtää saamansa informaation riittävän hyvin. Väestön koulutustason nousun ja informaatioteknologian lisääntymisen myötä potilaat etsivät myös itse paljon tietoa, mikä on vahvistanut potilaan asemaa oman hoitonsa subjektina,

toimijana ja vastuunkantajana. Hyvällä potilasohjauksella voidaankin tukea potilaan itsenäisen elämän edellytyksiä. Potilaalle tarjotaan tietoa, mahdollisuuksia ja haasteita, mutta hän luo valinnoillaan omaa elämäänsä. (Kääriäinen 2007: 19.) Potilaiden hoitojaksoit sairaaloissa ovat lyhentyneet, joten myös potilasohjauksessa käytettävä aika on vähentynyt. Avohoitokäynnit somaattisilla erikoisaloilla ovat lisääntyneet 20 % vuodesta 2000 lähtien. (Palonen ym. 2012: 116.) Näin ollen potilasohjaus täytyy toteuttaa lyhyemmässä ajassa tehokkaasti ja laadukkaasti (Lipponen 2014: 17). Tutkimuksista löytyy mainintoja, että hyvässä potilasohjauksessa on myös taloudellinen näkökulma; riittävän hyvä potilasohjaus säästää yhteiskunnan kuluja potilaan hoitopolun jokaisella tasolla (Lipponen 2014: 58; Ekstrand – Honkanen 2006: 1700).

### 2.1.1 Laadukas potilasohjaus

Hyvän potilasohjauksen ominaisuuksia ovat potilasohjaukseen käytettävät resurssit, toteutus, riittävyys ja sen vaikuttavuus. Hyvän potilasohjauksen ydin on potilaslähtöisyys. Potilaslähtöinen ohjaus tarkoittaa potilaan tarpeiden huomioimista potilasohjauksessa, kuten tiedon saantia, tuen antamista ja sosiaalisten tekijöiden huomioimista. (Kääriäinen – Kyngäs 2009: 548–549.) Potilasohjauksessa on tärkeää huomioida, missä sairastumisen vaiheessa minkäkin verran annetaan tietoa ja ohjausta (Eloranta ym. 2011: 23). Ohjauksen ajoituksessa olennaista on ohjauksen jaksottaminen (Eloranta ym. 2011: 32). Liiallinen tiedon määrä kerralla voi hämmentää potilasta ja näin ollen tiedon omaksuminen voi olla puutteellista (Winterbottom – Bekker – Conner – Mooney 2012: 719; Eloranta ym. 2011: 32). Potilasohjauksessa uuden asian sisäistäminen vie aikaa, ja se vaatii usein ohjauksen sisällön kertaamista useampaan kertaan. Kirjalliset ohjeet on hyvä antaa potilaalle ajoissa, jotta hän voi itse tutustua niihin, pohtia ja pyrkiä sisäistämään asiaa ja palata aiheeseen hoitajan kanssa myöhemmin. (Eloranta ym. 2011: 32.)

Hyvä potilasohjaus edellyttää myös asianmukaisia toimintaedellytyksiä. Toimintaedellytyksiä ovat hoitohenkilöstön ohjausvalmiudet ja potilasohjauksen toimintamahdollisuudet sekä ohjauksen toteuttaminen. Hoitohenkilöstön tiedot, taidot ja asenteet vaikuttavat tuotettujen palvelujen laatuun. Hyvä laatu korostuu myös potilaslaissa (785/1992), joka velvoittaa kaikkia terveydenhuollon ammattihenkilöitä ylläpitämään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa. (Lipponen 2014: 57.)



Laadukkaalle potilasohjaukselle on ominaista potilaslähtöisyys, jolla tarkoitetaan potilaan taustatekijöiden, kuten potilaan tarpeiden huomioimista. Näin ollen on hyvä tarkastella myös potilaiden näkökulmasta, miten he tunnistavat omat ohjaustarpeensa. On riskiä tietoa siitä tunnistavatko potilaat ohjaustarpeensa. On todettu, että potilaat eivät tunnista omia ohjaustarpeitaan vaan luottavat hoitohenkilökunnan esille tuomiin asioihin. Toisaalta taas on esitetty, että potilaat tunnistavat ohjaustarpeensa, mutta niitä ei huomioida rutiininomaisessa potilasohjauksessa. Potilaat, joilla on ollut sairaus pitkään, osaavat arvioida omat ohjaustarpeensa hyvin. (Kääriäinen 2007: 33–34.) Potilaat saattavat myös vähätellä omia tuen tarpeitaan ja tuovat niitä esille erilaisten vihjeiden, kiertoilmausten ja huumorin avulla kuin suoraan puhumalla (Mattila 2011: 24).

Pitkäaikaissairaat ovat potilasryhmä, jotka käyttävät eniten ja tarvitsevat päivittäin terveydenhuollon henkilökunnalta yksilöllistä ohjausta ja neuvontaa sairautensa kanssa selviytymiseen. Opinnäytetyössä käytetään pitkäaikaissairautta käsitteenä. Pitkäaikaissairailta tarkoitetaan henkilöä, jolla sairaus on pysyvää, siihen liittyy parantumaton patologinen muutos tai haitta-aste, henkilö tarvitsee kuntoutusta tai pitkäaikaista terveyden seurantaa, tarkkailua ja hoitoa. Sairauden tulee jatkua yli 30 päivää, tai potilaan kuntoutuksen tarve on yli kolme kuukautta. Se aiheuttaa muutoksia henkilön käyttäytymiseen sekä edellyttää itsehoitovalmiuksia. (Kaakinen 2013: 19.)

Jotta potilasohjaus olisi mahdollisimman potilaan tarpeisiin vastaavaa, on potilailla erilaisia odotuksia ja tarpeita ohjauksen toteutukseen liittyen. Ohjauksen toteutuksessa potilaat arvostavat yksilöohjausta, koska se mahdollistaa heidän omista tarpeista lähtevän ohjauksen. Lisäksi yksilöohjaus mahdollistaa jatkuvan palautteen antamista ja tukee potilaan aktiivisuutta ja motivaatiota sekä luo vapaamuotoisen ilmapiirin. (Kääriäinen 2007: 34.) Potilaat toivovat yksilölliseen tilanteeseensa sopivaa suullista ja kirjallista tietoa sekä odottavat hoitoon liittyvien asioiden perusteluja. Potilaille on tärkeää, että voivat luottaa hoitajan työskentelyyn. (Mattila 2011: 25.) Ohjauksen tarpeissa on myös eroja sukupuolten välillä. Naispotilaat odottavat ja saavat miehiä enemmän tukea. Naiset ovat usein silti miehiä pettyneempiä saamaansa tukeen. Miehillä usein riittää tieto siitä, että tukea on saatavilla, mikäli he sitä tarvitsevat. Miehet myös hyötyvät naisista enemmän saamastaan tuesta. (Mattila 2011: 28–29.)

Potilasohjauksen sekä tuen tavoitteena on vahvistaa potilaan ja perheenjäsenen voimavaroja, heidän keskinäistä suhdetta ja potilaan tarvittavien hoitotaitojen vahvistamista sekä terveyttä uhkaavien oireiden hallintaa (Mattila 2011: 4). Usein potilaat sopeutuvat

perheenjäseniään paremmin uuteen, sairauden aiheuttamaan tilanteeseen. Tämä voi johtua siitä, että omaiset jäävät yksin eivätkä saa tarvitsemaansa tukea (Mattila 2011: 23). Potilaat toivovat, että omaisia rohkaistaan myös yhteistyöhön ja heidät otettaisiin mukaan potilasohjaukseen (Kääriäinen 2007: 33; Palonen ym. 2012: 116). Omaisten mukana oleminen auttaa tulkitsemaan, käyttämään tietoa ja auttaa esittämään lisäkysymyksiä. Lisäksi omaisten oma ahdistus vähentyy ja parantaa heidän kykyään tukea potilasta (Kääriäinen 2007: 33). Potilaat toivovat, että perheenjäsenille annetaan mahdollisuus olla mukana sairaalassa sekä erilaisissa ohjaus- ja neuvontatilanteissa (Mattila 2011: 25).

Laadukkaan potilasohjauksen haasteina saattavat olla ohjaajan motivaation, ohjaustaitojen tai itsevarmuuden puute sekä riittävän pätevyyden omaaminen. Potilaan oma motivaation puute voi olla myös esteenä ohjata potilasta, ja neuvoa miten omaksua itsehoiton tukipalveluja. Itsehoidon tukipalveluilla tässä yhteydessä tarkoitetaan esimerkiksi paikallisten vertaistukikeskusten yhteystietoja, potilaspalautetta ja potilaalle suunnattuja kirjallisia ohjeita. (Kennedy – Rogers – Bowen – Lee – Blakeman – Gardner – Morris – Protheroe – Chew-Graham 2013: 1104–1106.) Lisäksi potilasohjauksessa ohjauksen sisältö voi olla riittämätöntä ja erilaisia ohjausmenetelmiä ei osata käyttää (Palonen ym. 2012: 116). Potilasohjaus voi olla suunnittelematonta ja ohjauksessa käsiteltyjä asioita ei kirjata, jolloin potilas voi saada samaa tietoa useasti. Näin ollen ohjausaika käytetään tehottomasti. (Kaakinen 2013: 15–16.) Potilasohjauksen puute voi vaikuttaa esimerkiksi potilaan valintoihin muun muassa terveyspalveluiden käytössä (Harwood – Clark 2011: 36).

Sairaanhoitajat tarvitsevat muun muassa organisaation tukea ja resurssit toimiakseen potilaiden neuvonantajina, jotta potilasohjaus olisi yhteneväistä sekä laadukasta jatkosakin (Sherman 2016: 300–333). Potilaista viidennes ei pidä ohjausta potilaslähtöisenä, vaikka terveydenhuollon ammattilaisista suurin osa arvioi toimivansa potilaslähtöisesti ohjaustilanteissa. Laadukas potilasohjaus edellyttää asianmukaisia resursseja. Hyvällä ohjauksella on vaikutusta potilaan asennoitumiseen, vastuunottoon sairauden hoidosta, itsehoitoon ja hoitoon sitoutumiseen. (Kääriäinen 2007: 133–133.)

## 2.2 Krooninen munuaisten vajaatoiminta

Kroonisessa munuaisten vajaatoiminnassa munuaiset ovat parantumattomasti vaurioituneet, eivätkä toimi kuten terveet munuaiset (Ahonen – Blek-Vehkaluoto – Ekola – Partamies – Sulosaari – Uski-Tallqvist 2014: 640). Kroonisen munuaisten vajaatoiminta johtuu jonkin perussairauden aiheuttamista muutoksista tai munuaissairaudesta. Tyypillisin pitkäaikaissairaus joka aiheuttaa kroonista munuaisten vajaatoimintaa on tyypin 1 ja 2 diabetes. Kroonisessa munuaissairaudessa kuona-aineet ja fosfori kertyvät elimistöön. (Kilpiö 2014.)

Kroonisessa munuaisten vajaatoiminnan hoidossa käytetään lääkehoitoa, ruokavaliota, dialyysihoitoja ja munuaisensiirtoa (Ahonen ym. 2014: 649). Tärkeimpänä hoidon tavoitteena on munuaisten toiminnan ylläpito ja erilaisten elinkomplikaatioiden estäminen (Kaartinen 2016). Hoito aloitetaan konservatiivisella hoidolla (Ahonen ym. 2014: 649). Konservatiivisessa hoidossa lääke- ja ruokavalioidolla pyritään estämään tai hidastamaan sairauden etenemistä (Kilpiö 2014). Seurantakäynneillä glomerulusten suodatusnopeutta seurataan ja näin saadaan tietoa vajaatoiminnan asteesta (Ahonen ym. 2014: 619–622). Munuaisten vajaatoimintaa voidaan siis seurata plasman kreatiniinipitoisuudella, ja eGFR -arvon avulla (Kaartinen 2016). Dialyysihoitoja aloitetaan suunnittelemaan, kun vajaatoiminta on vaikeassa asteessa, jolloin glomerulusten suodatusnopeus on 15-29 ml/min. Aktiivihoidot eli dialyysi aloitetaan viimeistään, kun glomerulusten suodatusnopeus on alle 15 ml/min. (Ahonen ym. 2014: 619–622.) Aikuisen glomerulusten suodatusnopeuden viitearvo GFR on yli 60 ml/min (Huslab). Erilaisia dialyysivaihtoehtoja on sairaalassa tehtävä hemodialyysi, kotihemodialyysi, sekä peritoneaalidialyysi. Mikäli aktiivihoidot saadaan aloitettua aikaisin, potilaan ennuste paranee. (Ahonen ym. 2014: 619.)

Krooninen munuaissairaus ja siihen käytetyt hoidot vaikuttavat sairastuneiden elämänlaatuun negatiivisesti (Bayomi – El-Fouly 2010: 96). Kroonisen munuaissairauden etenemisen ehkäisemisessä itsehoito on avainasemassa, joten siihen tukeminen ja rohkaiseminen on tärkeää (Joboshi – Michioy 2016: 51). Potilasohjaus ja itsehoitoon kannustaminen mahdollisimman aikaisessa vaiheessa mahdollistaa hoidon aloittamisen varhaisessa vaiheessa ja ehkäisee munuaissairauden etenemistä osaltaan. Varhaisessa vaiheessa kroonisen munuaissairauden kehittymistä potilasohjauksessa on tärkeää ottaa

huomioon esimerkiksi oikeanlaiseen ruokavalioon ohjaaminen sekä muihin elämäntapamuutoksiin kannustaminen. Näihin kuuluu esimerkiksi tupakoinnin lopettaminen, liikunnan lisääminen, sekä kaliumin määrän vähentäminen ruokavaliossa. (Jacobson Vann – Hawley – Wegner – Falk – Harward – Kshirsagar 2015: 240.) Elämäntapamuutoksiin ohjauksessa hyötyä voisi olla esimerkiksi motivoivasta haastattelusta (Sanders – Whited – Martino 2013: 175).

### 2.2.1 Ohjaus ja itsehoito

Munuaissairauksia sairastavan hyvän hoidon kriteerit on määritelty munuais- ja maksa-liiton internetsivuilla. Hyvän hoidon kriteerit ovat munuaissairaille potilaille ja heidän läheisilleen avuksi mahdollisimman hyvän hoidon varmistamiseksi. Terveydenhuollon ammattilaiset toimivat hyvän hoidon kriteerien mukaisesti suunnitellessaan hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa. (Hyvän hoidon kriteerit.)

Hyvä hoito on asiantuntevaa, tasapuolista ja se ottaa huomioon potilaan tarpeet. Sairastunut on oman elämänsä asiantuntija. Potilaan on saatava ymmärrettävää tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Asiantuntijoiden antama ohjaus tukee potilaan valmiutta suunnitella ja toteuttaa omaa hoitoaan. Potilaan tilaa ja annettua hoitoa on arvioitava säännöllisesti. (Hyvän hoidon kriteerit.)

Seurannan ja ohjauksen tehtävänä on valmistaa potilasta dialyysihoitoihin tai munuaisensiirtoon. Hyvä hoitotasapaino ja potilaan aktiivinen omahoito ovat tärkeitä, siksi polikliinisessä hoidossa potilaan ohjauksessa on suuri paino. Hyvään hoitoon kuuluu sekä potilaan ohjaaminen oman hoitonsa asiantuntijaksi, että lähipiirin ohjaaminen hoitoon osallistumiseen. (Ahonen ym. 2014: 619.)

Potilaat eivät välttämättä tunnista erilaisia hoitomuotoja ja näin ollen eivät pysty vaikuttamaan omaan hoitoonsa. Potilaat saavat hyvin tietoa eri hoitomuodoista, mutta tiedon määrä kerralla on liian suuri, jolloin potilaan kokevat, että tiedon omaksuminen on vaikeaa. Yleensä tietoa annetaan hyvissä ajoin, taudin kroonisen tilan vuoksi. Tämä johtaa siihen, että potilas saa valtavasti tietoa ajan mittaan. (Winterbottom ym. 2012: 719.)

Kroonista munuaissairautta sairastava henkilö kohtaa paljon päätöksentekoja oman hoitonsa ja itsehoitonsa suhteen yhdessä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Päätökset koskettavat monella tapaa sairastuneen elämää ja vaativat elämäntapamuutoksia, jotka vaikuttavat heidän terveydentilaansa. (Sanders ym. 2013: 175.) Laadukas ohjaus

ja ohjaustarpeiden tunnistaminen mahdollistaa henkilön aktiivisen osallistumisen hoitoon ja yksilöllisten ohjaustarpeiden huomioimisen. Potilaan osallistumisella sairauden hoitoon on positiivisia tuloksia, muun muassa liikunta-aktiivisuus lisääntyy, tieto sairaudesta ja sen hoidosta lisääntyy, heidän lääkkeenottotaitonsa, elämänlaatu ja itsehoitovalmiudet ovat parempia ja masennusoireet sekä sairaalakäynnit ovat vähäisempiä. (Kaakinen 2013: 24.)

## 2.3 Hemodialyysi

Hemodialyysillä tarkoitetaan veren puhdistamista erilaisista kuona-aineista ja ylimääräisistä nesteistä erillisen dialyysikoneen avulla. Dialyysikone kuljettaa verta kapillaariputkiin keinomunuaiskalvostoon, joiden kautta kulkenut veri palaa takaisin potilaaseen (Ahonen ym. 2014: 624.) Kuona-ainetta sisältävä ylimääräinen neste valuu viemäriin. Hoidon mahdollistamiseksi potilaalle tehdään kirurgisesti valtimo-laskimoavanne tai keinosuoni, jonka avulla dialyysikone yhdistetään verenkiertoon (Heiskanen 2013 a).

Hemodialyysihoidot eivät yleensä aiheuta potilaalle suuria haittavaikutuksia tai ongelmia (Ahonen ym. 2014: 658). Komplikaatiot ovat kuitenkin mahdollisia, ja ne voivat liittyä dialyysin aiheuttamiin verenkierron tai nestetasapainon muutoksiin tai dialyysin tekniseen toteuttamiseen. Mahdollisia komplikaatioita hemodialyysihoidon aikana ovat esimerkiksi verenpaineen lasku, kouristukset, rintakipu ja sydämen rytmihäiriöt, päänsärky, verensokerin lasku, ilmaembolia, pistopaikan löytymisen ongelmat, riittämätön verenvirtaus, verisuonen puhkeaminen, neulan irtoaminen ja dialyysikoneen tekniset ongelmat. (Heiskanen ym. 2013 c.)

Hemodialyysihoitoja toteutetaan keskussairaaloissa ja monissa muissa sairaaloissa, pienissä omatoimisen hemodialyysin satelliittiyksiköissä ja potilas voi myös itse toteuttaa sitä kotona tai kotisairaanhoidon turvin. Potilaille tarjotaan ohjausta ja koulutusta sekä ryhmissä, että yksilöllisesti, lisäksi potilaille tarjotaan mahdollisuutta soittaa hoitajalle tarpeen tullen. (Ahonen ym. 2014: 655.) Potilaan kanssa keskustellaan oireista, voinnista ja hoitamisesta, sen mukaan miten potilas dialyysihoitoaan toteuttaa. Hemodialyysihoidossa olevalle potilaalle ohjausta on tärkeää antaa myös ruokavaliosta ja nesterajoituksista. (Heiskanen 2013 b.)

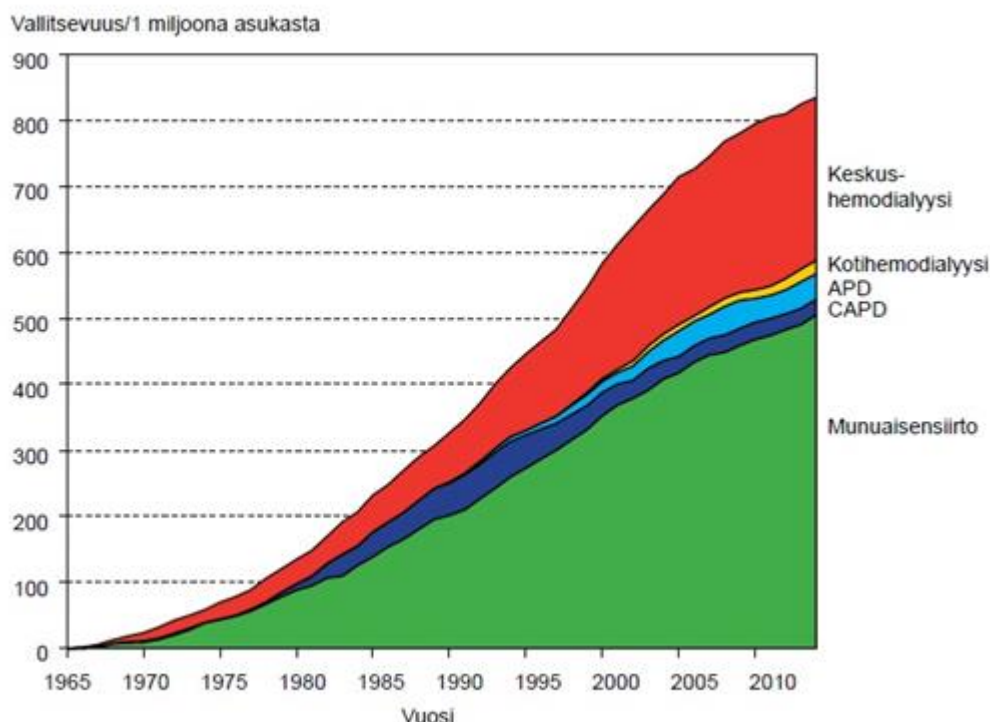
Pre-dialyysiksi kutsutaan vaihetta, jolloin kroonisen munuaissairauden ennustetaan etenevän vaikean vajaatoiminnan tasolle. Dialyysihoitoihin siirtyminen vaatii riittävän hyvää

ohjausta, sekä sosiaalista, psykologista ja emotionaalista tukea. (Walker – Abel – Meyer 2010.) Pre-dialyysi vaiheessa tapahtuvalla potilasohjauksella voidaan kannustaa hemodialyysi hoitoihin kotona. Etenkin kotikäynnillä on todettu olevan positiivinen vaikutus potilaan terveyspalvelu valintoihin ja hoitomuodon valintaan, kuten hemodialyysin suhteen. (de Maar – Groot – Luik – Mui – Hagen 2016: 827.)

### 2.3.1 Kotihemodialyysi

Kotona toteuttava hemodialyysi vaikuttaa moneen tekijään; potilaaseen, omaisiin, läheisiin, hoitohenkilökuntaan ja yhteiskuntaan. Taloudellisesta näkökulmasta tarkastellen kotona toteutettava hemodialyysi tulee edullisemmaksi kuin hoitoyksikössä toteutettava hemodialyysi. Potilaiden elämänlaatu on yleisesti parempaa ja he ovat tyytyväisempiä hoidon laatuun. Kotona toteutettava hemodialyysi on potilaalle joustavampaa; hoidot voidaan toteuttaa potilaan aikataulun mukaan, matkustamiseen liittyvät haasteet vähenevät, perheelle jää enemmän aikaa, potilaan tietoisuus ja vastuunkanto omasta hoidosta sekä sairaudesta ovat paremmalla tasolla kuin muilla hemodialyysi potilailla. Lisäksi sairaalakäyntejä on vähemmän. (de Maar ym. 2016: 827.)

Potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa parantaa sairauden ennustetta. Potilaan oma-toimisuuteen kannustaminen ennen ensimmäistä dialyysihoitoa on tärkeää, jotta potilaan kouluttaminen omatoimiseksi onnistuisi. (Ekstrand ym. 2006: 1700.) Yleisin hoitomuoto on hemodialyysi, mutta vain parilla prosentilla hoito pystytään toteuttamaan kotihemodialyysinä. Kuviossa 1 esitellään aktiivihoidon vallitsevuutta 1965-2014 vuosilta. Kuviossa osoitetaan kotihemodialyysin kasvanut osuus näinä vuosina. Viidessä vuodessa kotihemodialyysipotilaiden määrä on kasvanut 71 prosenttia. (Suomen munuaistautirekisteri 2014.)



Kuvio 1. Suomen munuaistautirekisterin vuosiraportti 2014. Aktiivihoidon vallitsevuus vuoden lopussa hoitomuodoittain. (Suomen munuaistautirekisteri 1965-2014)

Tiedon puute on yleisin syy miksi kotihemodialyysiä ei toteuteta. Joko potilaille ei tarjota tietoa eri vaihtoehtoista tai terveydenhuollon ammattilaisilla ei ole tietotaitoja opastaa kotihemodialyysiin. (Koester 2013: 43–44.) Potilailla ei ole tietoa kotiin tuotavasta teknologiasta ja apuvälineistä. Usein myös potilaat kokevat, etteivät voi suorittaa dialyysihoidtoa ilman ammattilaisen valvontaa. Potilailla saattaa olla pelkiloja neuloja kohtaan ja potilaat voivat kokea, että kotona olevat olosuhteet kuten tilan puute, ovat este kotihemodialyysille. (Harwood ym. 2011: 33.)

Potilasohjauksen kehittäminen on aiheellista, jotta voidaan kannustaa potilaita itsehoitoon ja kotona toteutettavaan hemodialyysiin (Harwood ym. 2012: 36). Etenkin pre-dialyysivaiheessa toteuttava laadukas ohjaus yhdessä kotikäynnin kanssa kasvattaa kotihemodialyysin määrän osuutta hoitomuodon valinnassa (de Maar ym. 2016: 831).

### 3 Tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla, minkälaisia ohjauksen tarpeita pitkäaikaissairailla potilailla on, munuaissairaalan potilaan hoidon ohjauksen tarvetta ja tarkemmin kuvata mitä kotihoidon ohjauksen tarpeita hemodialyysi potilailla on. Tutkimuskysymykset joihin opinnäytetyössä haetaan vastauksia ovat;

1. Minkälaisia ohjauksen tarpeita pitkäaikaissairailla potilailla on?
2. Mitä ohjauksen tarpeita munuaissairailla potilailla on?
3. Mitä kotihoidon ohjauksen tarpeita hemodialyysi potilailla on?

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on esitellä tutkittua tietoa munuaissairaiden potilaiden ohjauksen kehittämiseen. Opinnäytetyö on osana alkavaa yhteistyötä Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Fresenius Medical Caren, HUS:in ja Musili ry:n (Munuais- ja maksaliitto) kanssa. Näiden tahojen pitkän aikavälin tavoitteena on kehittää potilasohjausta sekä kotihoidon ohjausta munuaissairaille potilaille.

### 4 Opinnäytetyön menetelmät

#### 4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksen avulla hahmotetaan aikaisemman tutkimustiedon olemassaoloa. Tietystä aiheesta kootaan yhteen jo olemassa olevaa tutkimustietoa ja näin saadaan kuva, mitä tietoa on ja millaista tutkimus on menetelmällisesti ja sisällöllisesti. (Johansson – Axelin – Stolt – Ääri 2007: 3.) Kirjallisuuskatsaus on omaan aiheeseen liittyvistä akateemisista julkaisuista tehty yhteenveto, joka esittää relevantin tiedon tehdyistä tutkimuksista (Grove – Burns – Gray 2013: 97). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleisesti käytetty kirjallisuuskatsauksen muoto. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkittavaa ilmiötä kuvataan laaja-alaisesti ja tutkimuskysymykset ovat usein myös laajoja. (Salmi-nen 2011: 6.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on aineistolähtöistä ja sillä pyritään ymmärtämään jotakin ilmiötä paremmin ja löytämään uusia näkökulmia (Kangasniemi – Utriainen – Ahonen – Pietilä – Jääskeläinen – Liikanen 2013: 291–292).

Kirjallisuuskatsauksen teossa on eri vaiheita, joiden prosessien tunteminen helpottaa katsausartikkelien ymmärtämistä, mahdollistaa niiden kriittistä arvioimista ja on myös



edellytys katsauksen toteuttamiselle. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet ovat tutkimusongelman ja katsauksen tarkoituksen määrittäminen, aineiston haku ja valinta, tutkimusten arviointi, aineiston analyysi ja tulosten raportointi. (Stolt – Axelin – Suhonen 2016: 23.)

Ensimmäisessä vaiheessa katsauksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset määritellään. Tarkoituksen määrittäminen antaa suunnan kirjallisuuskatsauksen koko prosessin etenemiselle. Tutkimuskysymykset valitaan niin, että ne ovat aiheeseen nähden tarpeeksi relevantteja, mutta ei liian suppeita tai laajoja. Tutkimuskysymykseen löytyy vastaus käytetystä kirjallisuudesta. (Stolt ym. 2016: 24.) Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymys esitetään usein kysymyksen muodossa, ja kysymystä voidaan usein tarkastella useasta eri näkökulmasta (Kangasniemi ym. 2013: 295).

Toinen vaihe sisältää varsinaisen haun ja kirjallisuuden valintaprosessin (Stolt ym. 2016: 25). Kirjallisuuden hakuun tarvitaan hakustrategia, jonka avulla myöhemmässä vaiheessa säästyy aikaa, kun jo käytetyt hakusanat, rajaukset ja tietokanta ovat kirjoitettu muistiin (Grove 2013: 102). Olennaista tietoa löytää parhaiten käyttämällä oikeanlaisia hakusanoja ja hakulausekkeita, sekä rajaamalla hakua erilaisin kriteerein (Grove 2013: 103; Stolt 2016: 25). Aineistoa valittaessa kiinnitetään huomiota alkuperäistutkimuksen rooli suhteessa oman työn tutkimuskysymykseen (Kangasniemi ym. 2013: 295).

Tutkimusten arviointia tehdään perehtymällä valittuihin tutkimuksiin. Käytettyä artikkelia voi arvioida alkuperäistutkimuksen julkaisuvuoden, artikkelin kirjoittajan, julkaisufoorumin ja julkaisumaan perusteella. Seuraavassa vaiheessa aineiston analysoinnissa tehdään yhteenvetoa valittujen tutkimusten tuloksista. (Stolt ym. 2016: 28.) Aineiston analysointi mahdollistaa tulosten tarkastelun laaja-alaisesti, sillä useampien tehtyjen tutkimusten tuloksia yhdistellään (Aveyard 2014: 137).

Tulosten raportointi vaiheessa kirjoitetaan itse raportti, jossa nämä aiemmin käsitellyt vaiheet kuvataan tarkasti. Tulosten raportoinnissa on tärkeää huomioida sen tarkkuus, jotta tutkimus on toistettavissa ja lukija voi arvioida katsauksen luotettavuutta tehdyn raportin perusteella. (Stolt ym. 2016: 32.) Kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen kuuluu myös tutkimusten tarkastelu, johon liittyy sisällöllinen ja menetelmällinen pohdinta, sekä tutkimuksen etiikan ja luotettavuuden arviointi (Kangasniemi ym. 2013: 297).

## 4.2 Aineiston haku ja valinta

Tietokantahaussa tärkeää on oikeanlaiset hakusanat ja niistä edelleen muodostetut hakulausekkeet. Keskeiset käsitteet määritellään ja niitä käytetään hakusanoina. Tietokantahaussa mukaanotto- ja poissulkukriteerien avulla löydetään pätevät, kattavat ja relevantit artikkelit kirjallisuuskatsausta varten. Tutkimusten valintaa ohjaavat mukaanotto- ja poissulkukriteerit ensin otsikkotasolla, sitten abstraktitasolla ja viimeisenä koko tekstin tasolla. (Stolt ym. 2016: 25–27.)

Aineiston keruun opinnäytetyön suunnitelmaa varten aloitettiin syksyllä 2016. Aineistonkeruu vaihe sisältää sekä varsinaiset haut, että aineiston valintaprosessin (Stolt ym. 2016: 25). Aineiston keruu aloitettiin tekemällä hakuja valittujen tutkimuskysymysten pohjalta sähköisistä tietokannoista. Ensimmäisillä hakukerroilla tietoa löytyi hyvin rajatusti. Apua aineiston hakuun oli koulun järjestämästä tiedonhaun työpajasta. Työpajasta saadun tiedon pohjalta, oikeanlaisten hakusanojen käyttö selkiintyi ja tutkimuksia löytyi monipuolisesti. Haku aloitettiin yleisesti potilasohjauksesta ja siitä edettiin munuaissairaiden potilaiden ohjaukseen ja edelleen hemodialyysipotilaiden kotihoidon ohjaukseen.

Haussa on käytetty hyödyksi suomalaista Medic tietokantaa, että kansainvälisiä Medline, ja Cinahl -tietokantoja. Lisäksi hakua tehtiin manuaalisesti hoitotieteellisistä lehdistä. Löydettyjä artikkeleita on käytetty hyödyksi etsimällä niiden alkuperäistutkimuksia. Opinnäytetyön suunnitelmaa varten tehtiin alustavaa hakua ja keväällä 2017 opinnäytetyön toteutusvaiheessa hakua jatkettiin aineistoa varten. Tutkimusten haku- ja mukaanotto kriteereiksi asetettiin, että artikkelin tuli olla hoitotieteellinen tutkimusartikkeli, englannin- tai suomenkielinen ja julkaistu 2006-2017 vuosien aikana. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit ovat esitelty taulukossa 1. Englanninkielisistä tietokannoista hakutuloksia löytyi eniten. Hakusanoina käytettiin esimerkiksi "hemodialysis" AND "patients", "hemodialysis" AND "home care" AND "needs", "renal disease" or "kidney disease" AND "patient education", ja "patient experience" AND "hemodialysis". Suomenkielisissä tietokannoissa käytettiin hakusanoja kuten hemodialyysi AND potilasohjaus ja potilasohj\*.

Taulukko 1. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Mukaanottokriteerit	Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Julkaisuvuosi 2006-2017</li> <li>• Hoitotieteellinen artikkeli</li> <li>• Julkaisukieli on englanti tai suomi</li> <li>• Artikkelin tuli käsitellä aikuista potilasta</li> <li>• Artikkelin liittyy käsiteltävään aiheeseen</li> <li>• Tutkimusartikkeli on kirjallisuuskatsaus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutkimus on julkaistu ennen 2006 vuotta</li> <li>• Ei ole tieteellinen julkaisu esimerkiksi pro gradu tai opinnäytetyö</li> <li>• Julkaisukieli jokin muu kuin suomi tai englanti</li> <li>• Artikkelin käsittelee alle 18 vuotiasta potilasta</li> <li>• Artikkelin ei liity käsiteltävään aiheeseen</li> </ul>

Artikkelit ovat valittu sen perusteella, että ne vastaavat parhaiten tutkimuskysymyksiin ja ovat mahdollisimman tuoreita. Aihealueiden rajoitusten vuoksi artikkeleita löytyi suppeasti, joten osana aineistoa on mukana myös kirjallisuuskatsauksia. Suomenkielisiä tutkimusartikkeleita kotihemodialyysistä löytyi vähän. Tutkimusaineisto oli pääasiassa englanninkielistä ja tutkimukset rajattiin kymmenen vuoden sisään, jotta aineistoa saatiin mahdollisimman kattavasti. Hakuja tehdessä on täytetty hakutaulukkoa (Liite 1), johon on merkattu ylös tietokanta, käytetyt hakusanat, käytetyt rajoitukset, haun tulokset, otsikon perusteella valitut artikkelit, tiivistelmän perusteella valitut artikkelit ja koko tekstin perusteella valitut artikkelit.

Aineisto on analysoitu kolmessa osassa. Potilaan tarpeisiin vastaavan ohjauksen aineistoihin valittiin artikkeleita, jotka käsittelevät yleisesti pitkäaikaissairaiden potilaiden ohjauksen tarpeita. Munuaissairaiden potilaiden ohjauksen tarpeisiin vastaava aineisto on rajattu käsittelemään vain kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavien potilaiden näkökulmia. Hemodialyysipotilaiden kotihoidon ohjauksen tarpeista koostuva aineisto käsittelee kotona hemodialyysia toteuttavien ja muiden hemodialyysipotilaiden näkökulmia.

#### 4.3 Aineiston kuvaus

Valittu aineisto koostui yhteensä 21 hoitotieteellisestä tutkimusartikkeleita. Tutkimusartikkeleista kahdeksan oli suomalaisia, mutta aineistoa oli myös Iso-Britanniasta, Alankomaista, Kanadasta, Ruotsista, Kreikasta ja Yhdysvalloista. Munuaissairauksiin liittyvät

tutkimusartikkelit olivat pääosin kansainvälisiä, kun taas potilasohjaukseen liittyvät tutkimukset olivat pääosin Suomesta. Aineistosta 12 oli laadullisia tutkimuksia. Laadullisista tutkimuksista suurin osa oli haastattelu- ja kyselytutkimuksia. Aineistossa oli myös kuusi kappaletta kirjallisuuskatsauksia. Määrällisiä tutkimuksia aineistossa oli kolme kappaletta. Aineistoa on tarkemmin kuvattu liitteessä 2. Kukin aineisto on merkitty omalla tunnuksellaan. P tarkoittaa potilaan tarpeisiin vastaavan ohjauksen aineistoa, M munuais-sairaalan potilaan ohjauksen tarpeiden aineistoa ja H hemodialyysipotilaiden kotihoidon ohjauksen tarpeita -aineistoa. Kukin tutkimusartikkeli on nimetty järjestyksessä kirjaimella ja numerolla taulukoihin 3-5.

#### 4.4 Aineiston analysointi

Kirjallisuuskatsauksen sisällön analysointikeinoksi valittiin induktiivinen sisällönanalyysi. Sisällönanalyysi on keino, mikä mahdollistaa erilaisten aineistojen kuvaamisen. Sisällönanalyysillä tutkittavaa ilmiötä tiivistetään ja yleistetään. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 165–166.) Sisällönanalyysin tarkoituksena on kerätyn aineiston avulla tuottaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä (Kylmä – Juvakka 2007: 113). Induktiivisessa sisällönanalyysissä analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti (Tuomi – Sarajärvi 2009: 95).

Induktiivinen sisällönanalyysi on aineistolähtöistä. Sisällönanalyysissä valitaan sanoja niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Analysointi etenee pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaan. Analyysiyksikkönä voi olla esimerkiksi yksittäinen sana tai teema, jotka johdetaan tutkimusongelmien ohjaamana. (Kankkunen ym. 2013: 165–168.)

Induktiivisen sisällönanalyysin teossa voidaan erottaa kolme eri vaihetta, jotka ovat aineiston redusointi eli pelkistäminen, klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen (Tuomi ym. 2009: 108). Aineistoa tutkitaan avoimin kysymyksin ja selvitetään, mitä se kertoo tutkittavasta ilmiöstä ja pyritään löytämään tekstin osia jotka kuvaavat sitä (Kylmä ym. 2007: 112–120). Aineiston pelkistämisessä informaatiota tiivistetään, jaetaan osiin ja karsitaan pois. Pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä, jonka mukaan aineistosta valitaan olennaiset ilmaukset. (Tuomi ym. 2009: 109.)

Seuraavassa vaiheessa ilmiöstä kertovat ilmaukset pelkistetään ja sisällöllisesti samankaltaiset pelkistykset ryhmitellään eli klusteroidaan eri luokkiin sisällön perusteella

(Kylmä ym. 2007: 112–120). Redusoinnin vaiheessa valitut sanat tai ilmaukset käydään läpi ja niistä etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet jaetaan omiin alaluokkiinsa ja luokat nimetään. (Tuomi ym. 2009: 110.) Analyysia jatketaan eri ala- ja yläkategorioita yhdistelemällä, liittäen sisällöltään samankaltaisia alakategorioita toisiinsa. Yläkategorioille annetaan niitä kuvaavat nimet ja niistä kaikista yhdistetään kaikkia kuvaava kategoria. Kaikki kategoriat yhdessä vastaavat tutkimusongelmiin. (Tuomi ym. 2009: 101.)

Aineiston klusterointia seuraa aineiston abstrahointi, jossa tutkimuksen kannalta olennainen tieto erotetaan ja valikoidun tiedon avulla muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahoinnissa olennaista on alkuperäisen informaation kielellisten ilmausten muokkaaminen teoreettisiksi käsitteiksi ja edetä johtopäätöksiin. Aineiston abstrahointi jatkuu niin kauan kuin se on aineiston sisällön näkökulmasta mahdollista ja tarkoituksena on yhdistellä luokituksia. (Tuomi ym. 2009: 111.)

Aineisto käytiin läpi useaan kertaan ja analyysissä käytettävät artikkelit kerättiin taulukkoon (Liite 2). Tämän jälkeen aineistosta haettiin analyysiyksiköiksi lausumia, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Tämän jälkeen pelkistämisprosessista luotiin esimerkkitaulukko (Taulukko 2). Pelkistämisen kautta ydinasiat poimittiin ja ryhmiteltiin pelkistetyt ilmaukset alaluokkiin ja edelleen yläluokkiin.

Taulukko 2. Esimerkki pelkistämisestä

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Pää-luokka
"A clear need for information about the disease itself was identified. This type of information included how the kidneys work, and what happens when the kidneys fail."	potilasohjauksessa potilaat kokevat tärkeäksi tiedon sairauden etenemisestä ja munuaisten toiminnasta.	tarve saada tietoa sairaudesta tarve saada tietoa munuaisten toiminnasta	tiedollisen ohjauksen tarve
"Patients who had been on dialysis treatment under 2 years and patients on PD expected more knowledge about financial and social dimensions."	kaksi vuotta dialyysissä olleilla on tiedon tarpeita taloudellisista asioista ja sosiaalisesta ulottuvuudesta	tarve saada tietoa sosiaaliseen elämään liittyvistä asioista	sosiaalisen ohjauksen tarve
"expected more knowledge about the experiential dimension such as who to talk with about feelings concerning their illness."	tarve kokemusperäiseen tietoon, kuten siihen, kenelle puhua sairauteen liittyvistä asioista,	tarve kokemusperäiseen tietoon	emotionaalisen ohjauksen tarve
"The ability to carry on with a normal lifestyle and information on how this could be achieved"	kuinka jatkaa normaalia elämää ja arkea	tarve saada keinoja normaalin arjen jatkamiseen	käytännön ohjauksen tarve

## 5 Tulokset

Tulokset kappaleessa käsitellään aineiston analysointia ja esitellään tuloksia. Olemme jakaneen analyysin kolmeen eri osaan, josta jokainen vastaa omaan tutkimuskysymykseen.

### 5.1 Pitkäaikaissairaiden potilaiden ohjaustarpeet

Tässä analyysin osassa haetaan vastausta tutkimuskysymykseen 1. Minkälaista ohjausta pitkäaikaissairaat potilaat tarvitsevat. Analyysiyksikkönä käytettiin tekstistä löytyviä lausumia. Lausumista on pelkistämällä muodostettu 58 alaluokkaa. Nämä jaoteltiin 7 yläluokkaan, jotka ovat tiedollisen ohjauksen tarpeet, erilaisten ohjausmenetelmien

tarve, emotionaalisen ohjauksen tarpeet, psyykkisen ohjauksen tarpeet, kokemusperäisen ohjauksen tarpeet, sosiaalisen ohjauksen tarpeet ja yksilöllisen ohjauksen tarpeet. Taulukossa 3 esitellään pitkäaikaissairaiden ohjauksen tarpeita.

Taulukko 3. Potilaan tarpeisiin vastaava ohjaus

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Tiedon tarve akuuttihoidossa (P1) Tarve saada ohjausta arkielämästä selviytymiseen (P3,P8) Tarve saada seksuaaliohjausta (P3) Tarve saada tietoa sairaudesta (P8,P1) Tarve saada tietoa sairauden aiheuttajasta (P8) Tarve saada tietoa liikunnasta (P8) Tarve saada tietoa elämäntapojen vaikutuksista (P8) Tarve saada tietoa oireista (P8) Tarve saada tietoa eri terveystalvveluista (P8) Tarve saada tietoa ongelmatilanteisiin (P8) Tarve saada tietoa lääkkeistä (P8) Tarve saada tietoa vaihtoehtoisista hoitomuodoista (P8) Tarve saada tietoa ruokavaliosta (P8) Tarve saada tietoa sairauden vaikutuksista harrastuksiin (P8) Tarve saada tietoa sairauden vaikutuksista omaan elämäntilanteeseen (P8) Tarve saada tietoa parantumismahdollisuuksista (P8) Tarve saada tietoa tulevaisuuden lääkehoidosta (P8) Tarve saada tietoa elämän ennusteesta (P8)	Tiedollisen ohjauksen tarve	Pitkäaikaissairaiden potilaiden ohjauksen tarpeet

<p>Potilaat haluavat tuntea olonsa tärkeäksi(P1)</p> <p>Hoitohenkilökunnalta arvostus (P1)</p> <p>Luottamus potilaan ja hoitajan välillä (P1)</p> <p>Tarve ymmärrettävään tietoon (P1)</p> <p>Potilaan näkökulma huomioon (P1)</p> <p>Potilaan aito kuuntelu (P1)</p> <p>Empaattinen suhtautuminen potilaaseen (P1)</p> <p>Tarve saada ohjausta missä kysymyksiin vastaan (P2)</p> <p>Potilaslähtöinen ohjaus (P3)</p> <p>Ymmärrettävä ohjaus (P3)</p> <p>Ohjausta antavan tietotaso (P3)</p> <p>Hoitaja aidosti kiinnostunut (P4)</p> <p>Tiedon määrä eri sairauden vaiheissa (P3)</p> <p>Tarve saada ohjausta tutulta ammattilaiselta (P1,P4)</p> <p>Potilas mukana aktiivisesti ohjauksessa (P3)</p> <p>Rauhoittavaa ja selviytymistä tukevaa tietoa (P3)</p> <p>Ohjaukseen tarpeeksi aikaa (P3)</p> <p>Mahdollisuus kysyä kysymyksiä (P4)</p> <p>Mahdollisuus soittaa hoitajalle (P4)</p>	<p>Yksilöllisen ohjauksen tarpeet</p>	
<p>Potilaat kokivat tyytyväisyyttä puhelinohjaukseen (P5)</p> <p>Potilaat turvallisuuden tunnetta ja hoidon jatkuvuuden tunnetta puhelinohjauksen avulla (P5)</p> <p>Tarve saada tietoa ryhmäohjauksesta (P2)</p> <p>Kotiutuksen jälkeen kotihoidon ohjaus yhdistettynä puhelinohjaukseen (P3)</p> <p>Päiväkirjan hyödyntäminen yksilötapaamisissa (P3)</p> <p>Tarve suulliseen ohjaukseen (P3)</p> <p>Tarve kirjalliseen ohjaukseen (P3)</p> <p>Tarve yksilölliseen ohjaukseen (P4)</p> <p>Tarve saada ohjausta sairauden edetessä (P4)</p>	<p>Erilaisten ohjausmenetelmien tarve</p>	<p>Pitkäaikaissairaiden ohjauksen tarpeet</p>



Tarve henkiseen tukeen (P3) Tarve saada emotionaalista ohjausta ja tukea (P4) Tarve saada ohjausta tunteiden käsittelyyn (P4) Tarve keskustella henkisen tuen tarpeista (P7) Tarve saada ohjausta selviytymiseen (P4)	Emotionaalisen ohjauksen tarve	Potilaan tarpeisiin vastaava ohjaus
Tarve saada kokemusperäistä tietoa (P2) Tarve saada kokemusperäistä tietoa potilasjärjestöistä (P2) Vertaistuen tarve (P3) Ryhmäohjauksen tarve (P3)	Kokemusperäisen ohjauksen tarve	
Tarvittaessa mahdollisuus psykiatrin hoitoon (P7)	Psyykkisen ohjauksen tarve	
Ottaa omaiset huomioon ohjauksessa (P1,P3) Tarve saada taloudellista ohjausta (P3)	sosiaalisen ohjauksen tarve	

### 5.1.1 Tiedollisen ohjauksen tarpeet

Potilailla on erilaisia tiedollisen ohjauksen tarpeita. Potilaat kaipaavat tietoa erityisesti akuuttihoitossa (Ferguson – Ward – Card – Sheppard – McMurtly 2013: 286). Potilaat kaipaavat tietoa itse sairaudesta (Ferguson ym.2013: 286; Ross – Ohlsson – Blomberg – Gustafsson 2015: 1598) ja sairauden aiheuttajasta (Ross ym.2015: 1598). Potilaat kaipaavat tietoa sairauden oireista erityisesti siitä, miksi heillä on joitakin tiettyjä oireita (Ross ym. 2015: 1598). Tarve saada tietoa erilaisista terveystalouksista ja siitä, mistä saada apua ongelmatilanteissa, esimerkiksi jos vointi huononee tai lääkkeet loppuvat, kuuluvat myös potilaiden tiedollisen ohjauksen tarpeisiin (Ross ym. 2015: 1598). Potilaat kaipaavat ohjausta lääkkeitä, ja siitä mitä lääkehoito tulevaisuudessa tulee olemaan, esimerkiksi tarvitseeko heidän ottaa lääkkeitä koko loppuelämän ajan (Ross ym. 2015:1599). Potilaat kaipaavat myös tietoa liikunnasta, harrastuksista ja siitä kuinka sairaus vaikuttaa niihin ja yleisestikin omaan elämäntilanteeseen (Ross ym. 2015: 1598) ja arkielämään (Kähkönen – Kankkunen – Saaranen 2012: 207; Ross ym. 2015: 1598). Potilaat kaipaavat myös tietoa ruokavaliosta ja elämäntapojen vaikutuksista omaan terveyteen (Ross ym. 2015: 1598). Lisäksi potilaat kaipaavat tietoa parantumismahdollisuuksista, elämän ennusteesta ja siitä, minkälaisia vaihtoehtoisia hoitomuotoja on tarjolla (Ross ym. 2015: 1598). Jotkut potilaat, erityisesti miespotilaat kaipaavat tietoa sairauden vaikutuksista seksuaalisuuteen (Kähkönen ym. 2012: 207).

### 5.1.2 Yksilöllisen ohjauksen tarpeet

Potilailla on myös yksilöllisiä tarpeita ohjauksen toteuttajaan, sekä ohjauksen toteutukseen liittyen. Potilaat kaipaavat ohjausta antavalta luottamuksellisuutta, kunnioitusta, empatiakykyä ja arvostusta. (Ferguson 2013: 284–286.) Tiedon määrä eri sairauden vaiheissa vaikuttaa siihen, miten potilas ymmärtää saamansa ohjauksen (Kähkönen ym. 2012: 207). Potilaat toivovat potilasohjauksen olevan mahdollisimman potilaslähtöistä (Kähkönen ym. 2012: 206). Potilaat arvostavat tiedon selkeyttä, johdonmukaisuutta ja suunnitelmallisuutta ohjauksessa (Ferguson 2013: 284–286). Potilaat toivovat, että ohjausta antavalla olisi yleisesti hyvät käytöstavat ja ymmärrystä potilaan tarpeisiin, ja että potilaat tuntevat olonsa tärkeäksi (Ferguson 2013: 284–286) ja sitä, että potilas saa ohjausta missä hänen kysymyksiinsä vastataan (Ivarsson – Klefsgård – Nilsson 2011: 37). Kuuntelun lisäksi potilaat kokevat, että ohjaus on hyvää, kun ohjausta antava on aidosti kiinnostunut potilaan asioista ja antaa mahdollisuuden kysyä kysymyksiä vapaasti (Mäkeläinen – Vehviläinen-Julkunen – Pietilä 2009: 2062). Lisäksi tärkeäksi asiaksi potilaiden keskuudessa nousee, että ohjausta antavan tietotaso olisi mahdollisimman hyvä ja ohjaaja hallitsisi ohjausmenetelmät (Kähkönen ym. 2012: 207). Lisäksi potilaiden mielestä tärkeää on, että ohjauksessa ja hoidon suunnittelussa otettaisiin huomioon potilaan oma näkökulma (Ferguson 2013: 286).

Potilaat pitävät tärkeänä ja hyödyllisenä, jos ohjaustilanteissa ohjausta antava ammattilainen on hänelle tuttu (Kähkönen ym. 2012: 207; Ferguson ym. 2013: 286). Tiedon tulisi olla mahdollisimman rauhoittavaa ja selviytymistä tukevaa, erityisesti akuuttivaiheessa (Kähkönen ym. 2012: 207). Ohjaukseen tulisi olla tarpeeksi aikaa, ja potilas saisi mahdollisuuden olla aktiivisesti mukana ohjauksessa (Kähkönen ym. 2012: 206–207). Ohjauksen aikana potilas kokee tärkeäksi mahdollisuuden esittää kysymyksiä (Mäkeläinen ym. 2009: 2062). Lisäksi mahdollisuus soittaa hoitajalle aina, kun lisäohjausta kaipaa, nousi esille potilaiden tarpeissa ohjauksen toteutukseen liittyen (Mäkeläinen ym. 2009: 2062).

### 5.1.3 Erilaisten ohjausmenetelmien tarve

Aineistossa nousee esille myös potilaiden tarpeet erilaisten ohjausmenetelmien käyttöön osana ohjausta. Potilaat ovat esimerkiksi hyötäneet puhelinohjauksesta, josta he kokevat saavansa turvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden tunnetta. (Orava – Kääriäinen – Kyn-

gäs 2012: 226.) Puhelinohjauksen avulla potilaat säästyvät tarpeettomilta vastaanotto-käynneiltä (Orava ym. 2012: 225). Potilaat ovat myös pitäneet hyvänä ohjauskeinona kotihoidon ohjauksen yhdistämistä puhelinohjaukseen (Kähkönen ym. 2012: 206). Poti-laat kaipaavat ohjausta myös sairauden edetessä, eikä vain sairauden akuuttivaiheessa (Mäkeläinen ym. 2009: 2063). Potilaat haluavat ohjausta suullisessa ja kirjallisessa muo-dossa (Kähkönen ym. 2012: 207). Potilaat kokevat tärkeäksi mahdollisuuden yksilölli-seen ohjaukseen (Mäkeläinen ym. 2009: 2062) ja hyödylliseksi on osoittautunut myös päiväkirjan käyttäminen apuna osana yksilöllistä ohjausta (Kähkönen ym. 2012: 206).

#### 5.1.4 Emotionaalisen ohjauksen tarpeet

Emotionaalisen tuen tarpeisiin kuuluu erityisesti potilaiden selviytymiseen liittyvä tuen tarve. Erityisesti naiset kaipaavat selviytymiseen liittyvää tukea. (Kähkönen ym. 2012: 207.) Potilailla sekä myös omaisilla, on tarve saada ohjausta ja tukea omien tunteiden käsittelyyn (Kähkönen ym. 2012: 208). Potilaat kaipaavat tietoa jaksamiseen ja siihen, miten selviytyä arjessa pitkäaikaissairauden kanssa (Kähkönen ym. 2012: 207). Potilaat kokevat tärkeäksi mahdollisuuden keskustella omista henkisen tuen tarpeista (Roberge ym. 2016: 6; Kähkönen ym. 2012: 207).

#### 5.1.5 Kokemusperäisen ohjauksen tarpeet

Potilaat kokivat kokemusperäisen tiedon tarpeen osaksi ohjausta. Kokemusperäiseen tietoon kuuluu potilaiden tarve saada tietoa vertaistuesta ja erityisesti potilaat kaipaavat kokemusperäistä tietoa potilasjärjestöistä. (Kähkönen ym. 2012: 207.) Lisäksi potilaat kaipaavat ryhmäohjausta ja vertaistuen yhdistämistä osaksi ryhmäohjausta (Kähkönen ym. 2012: 206).

#### 5.1.6 Psyykkisen ohjauksen tarpeet

Potilaat kokevat tärkeäksi, että somaattisen voinnin lisäksi heiltä kysyttäisiin heidän psyykkisestä voinnistaan ja heillä olisi tarvittaessa mahdollisuus saada apua psykiatrilta heidän ongelmiinsa (Roberge ym. 2016: 8).

### 5.1.7 Sosiaalisen ohjauksen tarpeet

Osana sosiaalisen ohjauksen tarpeita potilaat haluavat, että omaiset otettaisiin huomioon ohjauksessa ja että hekin saisivat tietoa (Ferguson ym. 2013: 286; Kähkönen ym. 2012: 207).

### 5.2 Munuaissairaalan potilaan hoidon ohjauksen tarpeet

Tässä analyysin osassa haetaan vastausta tutkimuskysymykseen 2. Mitä ohjaustarpeita munuaissairailta potilailla on. Analyysiyksikkönä käytettiin aineistosta löytyviä lausumia. Lausumista muodostettiin 74 alaluokkaa, ja näistä muodostui edelleen 10 yläluokkaa. Yläluokat olivat tarpeita tiedollisessa, taloudellisessa, sosiaalisessa, kokemusperäisessä, emotionaalisessa, käytännön ohjauksessa. Loput yläluokat muodostuivat erilaisien ohjausmenetelmien tarpeesta, ravitsemukseen liittyvästä, psyykkisen ja eettisen ohjauksen tarpeesta. Taulukossa 4 esitellään munuaissairaalan potilaan ohjauksen tarpeiden analyysin luokittelua.

Taulukko 4. Munuaissairaalan potilaan ohjauksen tarpeet

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>Tiedon tarve sairaudesta (M1, M4, M5)</p> <p>Tarve saada tietoa lääkkeistä (M4,M6)</p> <p>Tietoa eri dialyysivaihtoehdoista (M1)</p> <p>Tarve saada tietoa infektioiden ehkäisystä (M1)</p> <p>Tarve saada tietoa munuaisten toiminnasta (M4)</p> <p>Tarve saada tietoa mitä kehossa tapahtuu (M4)</p> <p>Tarve saada tietoa miten valmistautua hoitoihin (M4)</p> <p>Tarve saada tietoa miten sairauden etenemistä voi ehkäistä (M4,M5)</p> <p>Tarve saada tietoa uusimmista lääkkeistä (M4)</p> <p>Tarve saada tietoa uusimmista kirurgisista toimenpiteistä (M4)</p> <p>Tarve saada tietoa uusista kliinisistä ko-keista (M4)</p> <p>Tarve saada tietoa kuoleman todennäköisyydestä (M4)</p> <p>Tarve saada tietoa eri hoitomuodoista (M4,M5)</p> <p>Tarve saada tietoa hoidon väliin jättämisen haitoista (M4)</p> <p>Tarve saada tietoa hoidon vaikutuksista fyysiseen ulkonäköön (M4,M5)</p> <p>Tarve saada tietoa oireiden tunnistamisesta (M4,M5)</p> <p>Tarve saada tietoa komplikaatioista (M4,M5)</p> <p>Tarve saada tietoa hoitomuodon infektioriskeistä (M4)</p> <p>Tarve saada tietoa sivuoireista (M4,M5)</p> <p>Tarve saada tietoa sairauden ennusteesta (M5)</p> <p>Tarve saada tietoa munuaisensiirrosta (M4)</p> <p>Tarve saada tietoa lääkkeiden sivuvaikutuksista (M4)</p>	<p>Tiedollisen ohjauksen tarve</p>	<p>Munuaissairaalan potilaan ohjauksen tarpeet</p>

<p>Tarve saada tietoa lääkkeiden otosta (M4)</p> <p>Tarve saada tietoa testeistä ja tutkimuksista (M4)</p> <p>Tarve saada tietoa laboratorioarvoista(M4)</p> <p>Tarve saada tietoa itsehoidosta (M5)</p> <p>Tarve saada seksuaaliohjausta (M5)</p> <p>Tarve saada käytännönläheistä tietoa (M4)</p> <p>Tarve saada tietoa verenpaineen hallinnan keinoista (M6)</p>		
<p>Tarve saada tietoa taloudellisiin asioihin (M2,M5)</p> <p>Tarve saada tietoa kuinka jatkaa työntekoa (M4)</p> <p>Tarve saada tietoa kuinka ylläpitää taloudellista tilannetta (M4)</p> <p>Tarve saada tietoa kuinka yhdistää työ-elämä ja dialyysihoidot (M4,M5)</p> <p>Tarve saada ohjausta rahallisiin asioihin (M4)</p> <p>Tarve saada tietoa hoidon kustannuksista (M5)</p> <p>Tarve saada tietoa sosiaalietuksista (M5)</p>	Taloudellisen ohjauksen tarve	
<p>Tarve saada tietoa sosiaalisesta ulottuvuudesta (M1,M5)</p> <p>Tarve saada tietoa läheisten osallistumisesta hoitoon (M1,M5)</p> <p>Tarve saada tietoa sosiaalityöntekijän palveluista (M1)</p> <p>Tarve saada tietoa eri potilasjärjestöistä (M1,M4)</p> <p>Tarve saada tietoa tukiryhmistä (M4)</p> <p>Tarve saada tietoa sosiaalisten suhteiden ylläpitoon (M2,M4)</p> <p>Tarve saada tietoa kuinka dialyysi vaikuttaa perhe-elämään (M4)</p> <p>Tarve saada ohjausta perhe-elämään (M5)</p>	Sosiaalisen ohjauksen tarve	Munuaissairaalan potilaan ohjauksen tarpeet
<p>Tarve saada tietoa vertaistuesta (M1,M4)</p> <p>Tarve saada kokemukseräistä tietoa (M3)</p>	Kokemukseräisen ohjauksen tarve	

<p>Tarve saada emotionaalista ohjausta (M2)</p> <p>Tarve saada tietoa ruumiinkuvan muutok- sista (M4)</p> <p>Tarve saada tietoa kuinka jatkaa normaalia elämää (M4)</p> <p>Kenelle puhua sairaudesta (M5)</p>	Emotionaalisen ohjauksen tarve	Munuaissairaalan potilaan oh- jauksen tarpeet
<p>Tarve saada tietoa arjesta selviytymiseen (M1,M4)</p> <p>Tarve saada tietoa hoitomuodon vaikutuk- sesta arkeen (M4)</p> <p>Tarve saada tietoa hoidon aikatauluista (M4)</p> <p>Tarve saada tietoa hoidon kestosta (M4,M5)</p> <p>Tarve saada tietoa suihkussa ja uimassa käymisestä (M4)</p> <p>Tarve saada tietoa mahdollisuuksista har- rastaa (M4,M5)</p> <p>Tarve saada tietoa hoitomuodon vaikutuk- sesta työhön (M4)</p> <p>Tarve saada tietoa hoidon vaikutuksista lii- kuntaan (M5)</p> <p>Tarve saada tietoa matkustamisen mah- dollisuuksista (M2,M4)</p>	Käytännön asioiden ohjauk- sen tarve	
<p>Tarve saada yksilöllistä ohjausta (M3)</p> <p>Tarve saada ohjausta kirjallisesti (M3)</p> <p>Tarve saada tietoa eri ammattihenkilöiltä (M3)</p> <p>Tarve saada ryhmäohjausta (M3)</p>	erilaisten ohjausmenetelmien tarve	
<p>Tarve saada tietoa ruokarajoituksista (M2)</p> <p>Tarve saada tietoa nesterajoituksista (M2,M4)</p> <p>Tarve saada tietoa ruokavaliosta (M3,M4,M6)</p> <p>Tarve saada ravitsemusterapeutin oh- jausta (M3)</p> <p>Tarve omaisten ohjaukselle ruokavaliosta (M4)</p>	ravitsemukseen liittyvä oh- jauksen tarve	

Tarve saada tietoa psykologin palveluista (M2)	psykykinen ohjauksen tarve	Munuaissairaalan potilaan ohjauksen tarpeet
Tarve saada tietoa mielenterveyteen liittyviin ongelmiin (M2)		
Tarve saada eettisestä osa-alueesta (M5)	eettisen ohjauksen tarve	
Tarve saada tietoa päätöksenteosta (M5)		
Tarve saada tietoa autonomiasta (M5)		
Tarve saada tietoa oikeuksista (M5)		

### 5.2.1 Tiedollisen ohjauksen tarpeet

Kroonista munuaissairautta sairastavilla potilailla on paljon tiedollisen ohjauksen tarpeita (Eloranta – Gröndahl – Engblom – Leino-Kilpi 2014: 5). Erityisesti esille nousee tiedon tarve sairaudesta (Eloranta ym 2013: 5; Ormandy 2008: 22; Rantanen ym.2008: 249), oireista, niiden tunnistamisesta ja eri hoitomuodoista (Rantanen ym. 2008: 249–250; Ormandy 2008: 23). Potilaat kaipaavat tietoa munuaisten toiminnasta ja siitä, mitä kehossa tapahtuu (Ormandy 2008: 22). Esille nousee myös tiedon tarve infektioiden ehkäisystä (Eloranta ym. 2014:8) ja, että onko eri hoitomuodon valinnalla vaikutuksia infektioriskeihin (Ormandy 2008: 22). Myös tiedon tarve lääkitykseen liittyen nousi esille (Ormandy 2008: 23; Mason – Khunti – Farooqi – Carr 2007: 137). Potilaat haluavat tietää uusimmista saatavilla olevista lääkkeistä (Ormandy 2008: 24), lääkkeiden sivuvaikutuksista ja lääkkeiden otosta (Ormandy 2008: 24). Tiedollisen ohjauksen tarpeita on myös potilaiden tarve tietoon dialyysistä (Eloranta ym. 2014: 7), esimerkiksi miten valmistautua dialyysihoitoihin (Ormandy 2008: 22), sekä munuaisensiirtoon liittyvä tiedontarve (Ormandy 2008: 24). Potilaat kaipaavat tietoa sairauden ennusteesta (Rantanen ym. 2008: 249), miten sen etenemistä voi ehkäistä (Rantanen ym. 2008: 249; Ormandy 2008: 21) ja kuoleman todennäköisyydestä (Ormandy 2008: 21). Potilaat kaipaavat ohjausta itsehoitoon (Rantanen ym. 2008: 250) ja esimerkiksi vanhemmat potilaat haluavat tietoa hoidon väliin jättämisen vaikutuksista ennusteeseen (Ormandy 2008: 21). Potilaat kaipaavat tietoa testeistä ja tutkimuksista, ohjausta laboratorionäytteisiin, niiden oton tarkoitukseen ja siihen, kuinka viitearvoista poikkeaviin tuloksiin voi reagoida (Ormandy 2008: 24). Jotta munuaisten toimintaa voisi säilyttää mahdollisimman pitkään potilaat kokevat tärkeäksi tiedon uusimmista kliinisistä tutkimuksista ja kirurgisista toimenpiteistä (Ormandy 2008: 21). Erityisesti nuoremmat potilaat kokevat tärkeäksi tiedon, miten hoidot vaikuttavat fyysisesti ulkonäköön (Ormandy 2008: 22; Rantanen – Kallio – Johansson – Salanterä –



Virtanen – Leino-Kilpi 2008: 249). Potilaat kokevat tärkeäksi tiedon komplikaatioista eri hoitomuotojen välillä (Ormandy 2008: 23; Rantanen ym. 2008: 250). Potilaat kokevat tärkeäksi myös seksuaalisuuden huomioimisen ohjauksessa (Rantanen ym. 2008: 251). Pidempään dialyysissä olleet kokevat käytännön läheisemmän tiedon esimerkiksi hemodialyysin toteuttamisesta tärkeäksi (Ormandy 2008: 22). Potilaat kaipaavat myös tietoa millä keinoin hallita verenpainetta (Mason ym. 2007: 137).

### 5.2.2 Taloudellisen ohjauksen tarpeet

Taloudellisen osa-alueen ohjauksen tarpeet liittyvät esimerkiksi tietoon mistä saada tukea taloudellisesti (Ormandy 2008: 23; Gerogianni – Babatsikou 2014: 206; Rantanen ym. 2008: 150). Potilailla on tarve saada tietoa, kuinka jatkaa työelämässä ja ylläpitää taloudellista tilannetta (Ormandy 2008: 23). Potilaat kaipaavat ohjausta, kuinka yhdistää dialyysihoidot ja työelämä (Ormandy 2008: 23; Rantanen ym. 2008: 250). Lisäksi potilaat kaipaavat tietoa hoidon ja lääkkeiden kustannuksista ja sosiaalietuksista (Rantanen ym. 2008: 250).

### 5.2.3 Sosiaalisen ohjauksen tarve

Sosiaalisen ohjauksen tarpeisiin kuuluu tarve saada tietoa kokonaisuudessaan sosiaalisesta ulottuvuudesta ja näitä tarpeita on erityisesti kaksi vuotta dialyysissä olleilla potilailla (Rantanen ym. 2008: 253; Eloranta ym. 2014: 7). Sosiaaliseseen osa-alueeseen kuuluu myös potilaiden tiedon tarve siitä, miten yhdistää perhe-elämä ja dialyysihoidot ja miten sairaus ja hoidot vaikuttavat perhe-elämään (Ormandy 2008: 23). Sosiaalisella osa-alueella potilaat kaipaavat ohjausta myös tietoa läheisten osallistumisesta hoitoon (Eloranta ym. 2014: 7; Rantanen ym. 2008: 250) ja tietoa sosiaalisten suhteiden ylläpitoon (Ormandy 2008: 23; Gerogianni 2014: 206). Lisäksi potilaat kaipaavat ohjausta ja tietoa potilasjärjestöistä (Eloranta ym. 2014: 7; Ormandy 2008: 24), tukiryhmistä (Ormandy ym. 2008: 24) ja sosiaalityöntekijän palveluista (Eloranta ym. 2014: 7).

### 5.2.4 Kokemusperäisen ohjauksen tarve

Potilaat kokevat tärkeäksi tiedon siitä, kenelle puhua sairauteen liittyvistä asioista ja tärkeäksi tässä kohdassa nouseekin tarve kokemusperäiseen tietoon. Kokemusperäisen tiedon tarve nousee esille erityisesti iäkkäämpien potilaiden keskuudessa. (Rantanen

ym. 2008: 253; Hollingdale – Sutton – Hart 2008: 140.) Potilaat kaipaavat myös ohjausta ja tietoa vertaistuesta (Eloranta ym. 2014: 7; Ormandy ym. 2008: 24).

#### 5.2.5 Emotionaalisen ohjauksen tarve

Potilailla on myös tarve saada ohjausta emotionaalisella osa-alueella (Gerogianni ym. 2014: 210). Emotionaalinen ohjaus liittyy erityisesti siihen, kuinka jatkaa normaalia elämää ja arkea (Ormandy 2008: 23). Vaikka emotionaalinen tuki on tärkeää kaikissa osa-alueissa, erityisesti nuorilla potilailla dialyysin vaikutus ruumiinkuvaan vaatii emotionaalista tukea ja ohjausta (Ormandy 2008: 22). Lisäksi potilaat haluavat ohjausta kelle puhua sairaudesta ja sen tuomista peloista (Rantanen ym. 2008: 250–252).

#### 5.2.6 Käytännön asioiden ohjauksen tarve

Käytännön ohjauksen tarpeisiin kuuluu ajankäyttöön liittyvät tiedontarpeet (Ormandy 2008: 22), kuten esimerkiksi se, miten paljon eri tavoin tehtävät dialyysit eroavat toisistaan aikataulullisesti (Ormandy 2008: 22; Rantanen ym. 2008: 252). Potilaat kaipaavat myös käytännön ohjausta siihen, miten dialyysihoidot vaikuttavat normaaliin arkeen ja vapaa-ajan toimintaan (Ormandy 2008: 23; Eloranta ym. 2014: 7), mahdollisuuteen harrastaa (Ormandy 2008: 23; Rantanen ym. 2008: 250) ja yleisesti arjesta selviytymiseen (Eloranta ym. 2014: 7; Ormandy 2008: 23). Potilailla on tarve saada tietoa hoidon vaikutuksista työhön (Ormandy 2008: 23) ja liikuntaan, erityisesti kuinka paljon hoidon aikana on mahdollista harrastaa liikuntaa (Rantanen ym. 2008: 250) ja esimerkiksi saako dialyysikatettrin kanssa käydä uimassa (Ormandy 2008: 22). Tutkimuksissa nousee esille myös potilaiden tarve saada tietoa matkustamisen mahdollisuudesta hoitojen aikana (Gerogianni 2014: 206; Ormandy 2008: 23).

#### 5.2.7 Erilaisten ohjausmenetelmien tarve

Potilailla on erilaisten ohjausmenetelmien tarpeita. Potilaat kaipaavat sekä yksilöllistä, että ryhmäohjausta (Hollingdale 2014: 140). Potilaat haluavat tietoa kirjallisesti ja mahdollisimman monipuolisesti eri ammattihenkilöiltä (Hollingdale 2014: 140).

### 5.2.8 Ravitsemukseen liittyvä ohjauksen tarve

Tutkimuksissa nousee potilaiden tarve saada ohjausta ruokavalion toteuttamiseen (Hollingdale ym. 2014: 139; Ormandy 2008: 23; Mason 2007: 137). Erityisesti potilaat haluavat tietoa eri ruokarajoituksista (Hollingdale 2008: 138) ja nesterajoituksista (Gerogianni 2014: 206; Ormandy 2008: 23). Potilaat kokevat tärkeäksi ravitsemukseen liittyvässä ohjauksessa, että saavat ohjausta ravitsemusterapeutilta (Hollingdale 2008: 140). Myös omaisten ohjaus ruokavalion suhteen nousee esille (Ormandy 2008: 23).

### 5.2.9 Psyykkisen ohjauksen tarve

Potilailla on myös tarve saada tietoa mielenterveyteen liittyviin ongelmiin ja potilaat kokevat, että hoitajan psyykkinen tuki erityisesti hemodialyysin aikana on tarpeen. Potilaat toivovat hoitajien tarjoavan mahdollisuuden psykologin palveluihin. (Gerogianni 2014: 210.)

### 5.2.10 Eettisen ohjauksen tarve

Esille nousee myös tarve eettisen osa-alueen ohjaukseen liittyen. Potilaat kaipaavat tietoa päätöksentekoon osallistumisesta, autonomiasta ja potilaan oikeuksista. (Rantanen ym. 2008: 250.)

## 5.3 Hemodialyysipotilaan kotihoidon ohjauksen tarpeet

Tässä analyysin osassa haetaan vastausta tutkimuskysymykseen 3. Mitä kotihoidon ohjauksen tarpeita hemodialyysipotilailla on. Analyysiyksikkönä käytettiin lausumia. Lausumista muodostui 41 alaluokkaa. Tämän jälkeen alaluokista muodostettiin yhteensä kuusi yläluokkaa. Yläluokat muodostuivat sosiaalisen, emotionaalisen, yksilöllisen, tiedollisen, erilaisten ohjausmenetelmien ja käytännön ohjauksen tarpeista. Taulukossa 5 esitellään hemodialyysipotilaan ohjauksen tarpeet analyysin luokittelua.

Taulukko 5. Hemodialyysipotilaan kotihoidon ohjauksen tarpeet

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
<p>Tarve saada ohjausta miten yhdistää sosiaalinen elämä hoitoihin (M5)</p> <p>Tarve saada ohjausta miten yhdistää perhe-elämä ja dialyysihoidot (M5)</p> <p>Ajankäyttöön liittyvät haasteet (H1)</p>	Sosiaalisen ohjauksen tarve	Hemodialyysipotilaan kotihoidon ohjauksen tarpeet
<p>Tarve saada yksilöllistä ohjausta (H7)</p> <p>Tarve saada ohjausta kotona (H4)</p> <p>Potilaan henkinen jaksaminen ohjauksessa (H7)</p> <p>Potilaan fyysinen väsymys ohjauksessa (H7)</p>	Yksilöllisen ohjauksen tarve	
<p>Tarve saada tietoa dialyysiprosessista (H7)</p> <p>Tarve saada tietoa hoidon tarpeesta (H7)</p> <p>Tarve saada tietoa laitteen toiminnasta (H7)</p> <p>Tarve saada tietoa sairaudestaan (H4)</p> <p>Potilaan huoli neuloista (H7)</p> <p>Potilaan huoli kanyloinnista (H7)</p> <p>Potilaan huoli riittämättömästä perehdytyksestä (H7)</p> <p>Potilaan epätietoisuus (H7)</p> <p>Potilaan huoli oireiden hallinnastaan (H5)</p> <p>Oman hoidon lisääntyvä vastuu (H5)</p>	Tiedollisen ohjauksen tarve	
<p>Tarve saada käytännön ohjausta laitteen käytössä (H7)</p> <p>Tarve saada varmistusta ammattilaisilta (H7)</p> <p>Tarve ymmärtää laitteen käyttö (H7)</p> <p>Tarve noudattaa terveellistä elämää (H2)</p> <p>Potilaiden infektioiden ehkäisy (H2)</p> <p>Potilaan rajoitukset esim. suolan (H2) ja nesteen suhteen</p> <p>Elämäntaparajoitukset (H5)</p>	Käytännön ohjauksen tarve	

Tarve saada puhelinohjausta (H4) Tarve saada visuaalista ohjausmateriaalia (H7) Potilaan tarve saada ohjausta ja turvallisuutta videopuhelimen avulla (H4) Informaatiotekniikan tärkeys potilaalle (H3)	Erilaisten ohjausmenetelmien tarve	
Potilaan epävarmuus hoitolaitteista (H3) Potilaan epävarmuus kehostaan (H3) Potilaan epävarmuus omasta kyvystään käyttää hoitolaitteita (H3) Potilaan epävarmuus omasta tilanteestaan (H3) potilaan epävarmuus sosiaalisesta hyväksymisestä hoitolaitteen kanssa (H3) Potilaan epävarmuus turvallisuuden tunteestaan hoitolaitteen suhteen (H3) Potilaan oman tilanteen hyväksyminen (H2) Tarve emotionaaliseen tukeen (H1) Potilaan varautuminen henkisesti etukäteen tilanteisiin. (H1,H2) Potilaan sopeutuminen omaan tilanteeseen (H2) Tarve kokemusten jakamiselle (H7) Potilaan tarve vertaistuelle (H7) Potilaan tarve puhua ulkopuoliselle (H2)	Emotionaalisen tuen tarve	Hemodialyysipotilaan kotihoidon ohjauksen tarpeet

### 5.3.1 Sosiaalisen ohjauksen tarve

Aineistossa nousee esille sosiaalisen ohjauksen tarve. Erityisesti ajankäytön hallinta on potilailla huolenaiheena. Potilaat kaipaavat ohjausta siihen, miten yhdistää sosiaalinen elämä ja perhe-elämä hoitoihin. (Rantanen ym. 2008: 253.) Potilaat kokevat haasteena ajan puutteen järjestää arki ja perhe-elämä dialyysin ympärille (Blandford – Farrington – Mayer – Walker – Rajkomar 2015: 225).

### 5.3.2 Yksilöllisen ohjauksen tarve

Ohjausympäristö ja yksilöllisten tarpeiden huomioiminen ovat tärkeitä asioita potilaille. Esille nousee potilaiden näkemyksiä siitä, että sairaanhoitajan olisi hyvä huomioida ohjaustilanteessa potilaan tietämyksen taso ja erilaiset oppimismenetelmät. Potilaiden fyysinen ja henkinen jaksaminen ovat usein matalalla sairauden kroonisen tilan vuoksi, jolloin dialyysin ohjaustilanteesta saatava hyöty ei toteudu parhaalla mahdollisella tavalla. Potilaat ovat kertoneet tuntevansa väsymystä ohjaustilanteessa, jolloin ohjaustilanteeseen on vaikea keskittyä. (Wong – Eakin – Migram – Cafazzo – Halifax – Chan 2009: 30–31.) Lisäksi Munuais- ja maksaliiton (2014) tehdyssä tutkimuksessa 40 % vastaajista toivoi, että koulutusta olisi mahdollista saada myös kotiloissa ja että alkuun olisi mahdollisuus kotihoidon käynteihin. (Dialyysi osana elämää 2014: 3–4.)

### 5.3.3 Erilaisten ohjausmenetelmien tarve

Erilaiset ohjausmateriaalit ovat tärkeitä potilaan oppimisen kannalta. Aineistossa nousee esille, että monet potilaat toivovat videomateriaalia opetusmuotona. Videomateriaali yhdessä käytännön ohjauksen kanssa koetaan tehokkaaksi tavaksi opetella hemodialyysistä. (Wong ym. 2009: 30–31.) Puhelinpäivystys on myös tärkeää potilaan itsehoidon kannalta. Puhelimen kautta saatava ohjaus on tärkeää, etenkin ilta- ja yöaikaan, kun oma hoitava yksikkö ei ole välttämättä auki. (Dialyysi osana elämää 2014: 4.) Erityisesti videopuhelut potilaat ovat kokeneet tärkeäksi, koska tällöin ammattilainen linjan toisessa päässä pystyy arvioimaan hoidon tarpeen. Tämä kehittää potilaan kykyä omahoitoon ja luo turvaa. Potilaille ovat tärkeitä erilaiset informaatiotekniikan työkalut kuten älypuhelin, videopuhelut tai tietokone. Potilaat ovat kokeneet ne nopeaksi keinoksi saada yhteys ammattilaiseen verrattuna perinteisiin keinoihin, kuten esimerkiksi vastaanottokäyntiin. (Korhonen – Nordman – Eriksson 2016: 5–6.)

### 5.3.4 Tiedollisen ohjauksen tarve

Tiedollisen ohjauksen tarve nousee erityisesti esille, kun puhutaan hemodialyysihoidoista kotona. Potilaille on tärkeää opetella dialyysin vaiheet ja ymmärtää, miksi näitä hoitoja tehdään. Asian ymmärtämisellä on suuri merkitys potilaan itsehoidon varmuuden kan-

nalta. (Wong ym. 2009: 29–31.) Potilaat pitävät hyvin tärkeänä tiedonsaantia sairaudestaan ja hoitovaihtoehtoistaan ja mahdollisuudesta vaikuttaa oman hoitomuotonsa valintaan. Potilaat kokevat, että tiedonsaanti lisää turvallisuuden tunnetta. (Dialyysi osana elämää 2014: 2–4.) Toisaalta potilailla on usein epävarmuuden tunnetta ja epätietoisuutta, koska he eivät tiedä millainen dialyysin opettelemisen ohjaustilanne tulee olemaan. Lisäksi potilailla saattaa olla pelkotiiloja neuloja ja itsenäistä kanylointia kohtaan. (Wong 2009: 29.)

Itsevarmuuden puute itsenäisiin hoitoihin ja pelko siitä, että jokin menee vikaan, ovat yleisiä huolia potilailla. Liian vähäinen perehdytys ja hoitolaitteen tekninen osaaminen ovat potilaiden huolenaiheina. (Wong 2009: 29.) Lisäksi potilaat ovat huolissaan hemodialyysin aiheuttamien oireiden hallinnasta, hoidon rajoituksista, jatkuvasta epävarmuudesta ja hoidon vastuun lisääntymisestä itselleen (Sinclair 2008: 13).

### 5.3.5 Käytännön ohjauksen tarve

Myös käytännön ohjauksen tarve nousee esille aineistossa. Potilaat haluavat tietää etukäteen millaista laitteen harjoittelu tuntuu, miten veri poistuu ja miltä itse laite näyttää. Hemodialyysilaitteen opettelemisen lisäksi, potilaat kaipaavat tietoa mitä itse laite tekee, miksi heidän täytyy tehdä asiat näin ja he kaipaavat varmistusta ammattilaisilta, että he toimivat oikein. (Wong ym. 2009: 29–31.) Potilaille itsehoidon hallinta on muuta kuin laitteen tekninen osaaminen. Itsehoidon lisäksi potilaat kokevat, että sairauden hoitoon kuuluu aktiivinen ja terveellinen elämä, päivien suunnittelu ja ennakointi, riittävä henkisen tuen saanti, tieto omasta terveydestä ja sairauteen liittyvistä oireista ja hoidon räätälöinti yksilölliseksi riippuen olosuhteista; muun muassa potilaan elämäntilanteesta ja sosiaalisesta verkostosta. Erityisesti hygieniasta huolehtiminen kuten käsien ja katetrin desinfiointi, flunssan sekä väkijoukkojen välttäminen olivat asioita, joita potilaat halusivat noudattaa. Suolan ja nesteiden rajoittaminen ovat esimerkiksi asioita joita potilaat halusivat noudattaa osana terveellistä elämää. (Fex – Ek – Söderhamn 2008: 2809–2813.)

### 5.3.6 Emotionaalisen ohjauksen tarve

Lopuksi analyysissä nousee esille emotionaalisen ohjauksen tarve, hemodialyysi potilaiden kotihoidon ohjauksen tarpeena. Hemodialyysipotilaat ovat hoitolaitteista riippuvaisia.

He usein kokevat epävarmuutta laitteita kohtaan, huolta siitä toimiiko hoitolaite sekä pelkoja siitä, että hoitolaite on yhteydessä toisen elektronisen laitteen kanssa, laite antaa odottamattoman hälytyksen tai aiheuttaa sähköiskun. (Korhonen ym. 2016: 3.) Hoitolaitteen tekniset ongelmat vaikuttavat negatiivisesti potilaiden kehon kontrolliin, heidän kykynsä käyttää hoitolaiteita, sosiaaliseen hyväksyntään hoitolaitteen kanssa ja turvallisuuden tunteeseen omasta tilanteestaan (Korhonen ym. 2016: 3). Emotionaalinen tuki on tärkeää potilaille, etenkin etukäteen varautuminen ongelmatilanteisiin. Potilaat haluavat tietää, että jos jokin menee kotona vikaan, heillä on varasuunnitelma. (Blandford ym. 2015: 227.) Emotionaalisen tuen tarve on tärkeää potilaille. Tukeen liittyy tilanteen ja hoitolaitteiden hyväksyminen sekä teknologian integroituminen kotiin, työelämään ja muihin sosiaalisiin aktiviteetteihin. Puhuminen ulkopuoliselle on tärkeää potilaille. (Fex ym. 2008: 2812.) Etenkin vertaistuen kautta puhuminen on tärkeää. Muiden kautta opitaan ja motivoidutaan. Potilaille on tärkeää tavata muita samassa tilanteessa olevia potilaita. (Wong ym. 2009: 30.) Tuloksissa selvisi myös, että potilailla joilla on positiivinen asenne elämää kohtaa tarkoittaa, että he hyväksyvät tilanteen sellaisena, kun se on ja toivovat toimenpiteiden hidastavan sairautta. Potilaat ymmärtävät, että muiden tilanne voi olla huonompi kuin heidän. (Fex ym. 2008: 2812.)

## 6 Luotettavuus ja eettisyys

Tässä kappaleessa käsitellään opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä. Lisäksi alla pohditaan miten opinnäytetyössä luotettavuus ja eettisyys otetaan huomioon.

### 6.1 Luotettavuus opinnäytetyössä

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on luonteeltaan aineistolähtöistä ja ymmärtämiseen tähtäävää ilmiön kuvausta (Kangasniemi 2013: 291–301). Tästä johtuen opinnäytetyöme noudattaa kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden periaatteita. Luotettavuuden kannalta keskeistä on, että tutkimuskysymys on esitelty selkeästi ja sen teoreettinen perustelu on eritelty. Menetelmä osan hyvällä ja selkeällä kuvauksella sekä läpinäkyvyydellä on tärkeä osa kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden arvioimisessa. (Kangasniemi, ym. 2013: 297–298.) Opinnäytetyössämme etenkin hakuprosessi on kuvattu tarkasti kappaleessa 4.2. Kävimme myös informaation työpajassa, jolloin pyrimme saamaan mahdollisimman kattavan haun oikeilla asiasanoilla. Opinnäytetyön aineistossa oli myös paljon



englanninkielistä aineistoa, joka voi käännöksissä ilmetä hiukan erilaisena tulkintana. Toisaalta taas opinnäytetyön tekijöiden englanninkielentaito on hyvä. Hakutaulukossa (liite 1) esitetään käyttämämme tietokannat, hakusanat ja rajoitukset. Luotettavuutta lisää hakutulosten oleellisuus ja käyttökelpoisuus (Kangasniemi 2013: 298). Opinnäytetyön haussa tulosten määrä oli kohtuullinen ja käyttökelpoisia tutkimuksia tuli riittävästi työmme analyysiin.

Aineiston valintatapa on sidoksissa työn luotettavuuteen (Kangasniemi ym. 2013: 298). Subjektiiivisuus aineiston valinnassa pyrittiin pitämään käyttämällä vain hoitotieteellisiä tietokantoja. Valitun aineiston perusteiden kuvaus on myös tärkeä osa kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden arvioimisessa. (Kangasniemi, ym. 2013: 298.) Kuvailemme valittua aineistoa etenkin liitteessä 2. Aineiston analyysiin valikoitui 21 tutkimusta, joista suurin osa oli laadullisia tutkimuksia ja pyrki vastaamaan tutkimuskysymyksiin mahdollisimman tarkasti ja kattavasti. Aineiston analyysi tuotti kohtuullisesti pääluokkia, joten aineistoa voidaan pitää siten aihepiiriä hyvin edustavana.

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta voi heikentää se, että analysoidut tutkimukset liitetään liian heikosti teoreettiseen taustaan. Lisäksi analysoitujen tutkimustulosten yksipuolinen ja valikoiva tarkastelu, keskittyminen tutkimusten sijaan tutkijoihin ja pysähtyminen nykytilanteeseen rajoittavat kirjallisuuskatsausta, jolloin tulevaisuuden tutkimuskohteet jäävät huomiotta. (Kangasniemi, ym. 2013: 298.) Opinnäytetyömme rajoituksena voidaankin pitää sen kohdistumista vain kolmeen tietokantaan. Johtopäätösten esittämisessä luotettavuutta voi heikentää se, että tuotetusta tuloksesta aineiston kritiikki ja tuotetut johtopäätökset eivät ole yhdenmukaisia. Väitteitä ei aina perustella riittävän perusteellisesti. (Kangasniemi, ym. 2013: 298.) Jokaiseen tutkimuskysymykseen tuli paljon yhteneväisiä tuloksia potilaiden ohjaustarpeista, joka taas lisää työn luotettavuutta. Pohdinnassa esitämme myös mielestämme tärkeitä tulevaisuuden tutkimuskohteita liittyen tuloksiimme.

Opinnäytetyön toteutuksen vaiheessa on hyvä olla kriittinen aineistoa läpikäydessä. Kriittisyydellä tarkoitetaan, että arvioidaan, kuinka paljon aihetta on tutkittu erilaisista näkökulmista, onko tutkimus tarkoituksenmukainen ja kuinka vanha tutkimus on. Tutkimuksen tieto vanhentuu nopeasti kehittyvien hoitotyön menetelmien vuoksi. (Kankkunen ym. 2013: 92–93.) Opinnäytetyössä käytettävistä tutkimuksista on hyvä tarkastella muun muassa näitä asioita: kuka tutkija on, missä tutkimus on julkaistu, onko tutkimuskysymystä ja onko käytetty kysymyksen mukaista tutkimusmenetelmää, onko käytetty kvalitatiivista

tutkimusmenetelmää, mikä ja kuinka suuri oli tutkimuksen otos, kuinka aineistoa on kerätty ja miten aineisto on analysoitu. (Aveyard 2014: 124–128.) Munuaissairaiden potilaiden ohjaustarpeita on ulkomailla tutkittu kohtuullisesti, mutta tutkimukset olivat joko kirjallisuuskatsauksia tai kyselytutkimuksia pienillä otoksilla, joiden tuloksia on taas vaikeaa yleistää perusjoukkoon. Potilasohjauksen tutkimukset olivat pääosin suomalaisia hoitotieteellisiä tutkimuksia, joissa oli yhteneväisiä tuloksia. Yhteneväiset tulokset lisäävät työmme luotettavuutta. Rajasimme haut pääosin 10 vuoden sisään, jotta tieto ei olisi kovin vanhentunutta. Lisäksi poissuljimme pro gradut ja opinnäytetyöt, jotta käytettyjen tutkimusten tieto olisi mahdollisimman laadukasta.

## 6.2 Eettisyys opinnäytetyössä

Eettisyys ja luotettavuus ovat tiiviisti sidoksissa toisiinsa ja niitä voidaan kehittää koko prosessin läpinäkyvällä ja johdonmukaisella etenemisellä tutkimuskysymyksistä johtopäätöksiin. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmällisen väljyyden vuoksi, työmme valintojen ja raportoinnin eettisyys korostuu opinnäytetyömme kaikissa vaiheissa. Tutkimuskysymyksen muotoilussa eettisyys ilmenee esille valitun näkökulman huolellisessa muotoilussa ja esille valitun näkökulman huolellisessa ja kattavassa taustatyössä. Aineiston valinnassa ja käsittelyssä tutkimuseettikan noudattaminen ilmenee etenkin raportoinnin oikeudenmukaisuuden, tasavertaisuuden ja rehellisyyden merkeissä. (Kangasniemi, ym. 2013: 297.) Tutkimuskysymykset ovat mielestämme aiheellisia, koska niiden avulla voidaan olla kehittämässä munuaissairaiden potilaiden kotihoidon ohjausta. Huolellista taustatyötä tehdessämme huomasimme jo, että aiheesta on tarvetta tehdä suomalaista tutkimusta. Etenkin munuaissairaiden potilaiden hoidon ohjauksen tarpeista on vähän suomalaista tutkimusta.

Eettisten toimintatapojen noudattaminen on tärkeää, kun tehdään opinnäytetyötä kirjallisuuskatsauksena. Rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus opinnäytetyön tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa ovat asioita jotka täytyy toteuttaa, jotta opinnäytetyö noudattaa Tutkimuseettisen neuvottelukunnan käytäntöjä. Opinnäytetyön tuotoksessa tiedonhankinta ja aineiston analysointi täytyy noudattaa tieteellisen tutkimuksen kriteerejä ja eettisesti kestäviä menetelmiä. Avoin ja vastuullinen tulosten raportointi ovat osa hyvää tieteellistä tutkimusta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö 2012-2014.) Opinnäytetyötä tehdessämme kunnioitimme muiden tutkijoiden työtä, tekemällä asianmukaiset lähdeviittaukset ja pyrimme välttämään suoraa plagiointia. Raportoinnissa pyrimme selostamaan työn eri vaiheet tarkasti ja avoimesti.

Analyysiä voidaan tehdä monella tavalla, mutta eettisyyden kannalta tärkeintä on, että koko haettua aineistoa käytetään analysoinnissa ja luotettavasti (Leino-Kilpi 2012: 369). Työssämme koko aineistoa on käytetty analysoinnissa ja pyrimme analysoimaan avoimesti sekä raportoimaan tulokset puolueettomasti.

## 7 Pohdinta

Tässä kappaleessa esitellään omia pohdintoja opinnäytetyön tuloksiin liittyen. Jatkotutkimusaiheita, tutkimuksen aiheellisuutta ja opinnäytetyön hyödynnettävyyttä pohditaan myös kappaleen lopussa.

### 7.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Aineiston analyysissä selvisi, että pitkäaikaissairaiden potilaiden ohjauksen tarpeet ovat tiedollisia, emotionaalisia, kokemusperäisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia. Lisäksi pitkäaikaissairaille potilailla on odotuksia ohjausta toteuttavalle henkilölle, ohjauksen toteutukseen liittyen ja erilaisten ohjausmenetelmien tarpeita. Munuaissairaiden potilaiden ohjauksen tarpeet ovat pääosin tiedollisia, mutta myös taloudellisia, sosiaalisia, kokemusperäisiä, emotionaalisia, käytännön ohjauksen tarpeita, ravitsemukseen liittyviä ohjauksen tarpeita, psyykkisen ja eettisen ohjauksen tarpeita, sekä tarve erilaisiin ohjausmenetelmiin. Hemodialyysipotilaiden ohjauksen tarpeet ovat myös tiedollisia, emotionaalisia, sosiaalisia, yksilöllisiä ja käytännön ohjauksen tarpeita.

Aineiston analyysi osoittaa, että pitkäaikaissairaiden, kuten munuaissairaiden ja tarkemmin myös hemodialyysipotilaiden ohjaustarpeet ovat pitkälti samankaltaisia. Potilaan tarpeisiin vastaava ohjaus käsitteli pitkäaikaissairaita yleensä, joten tulokset ovat yleisemmällä tasolla, kun taas kroonista munuaissairautta sairastavien ohjaustarpeet ovat yksityiskohtaisempia ja käytännönläheisempiä. Munuaissairaille potilailla on paljon erilaisia ravitsemukseen liittyviä rajoituksia, joten heillä on ohjauksen tarpeita juuri ravitsemukseen liittyen. Vielä perinpohjaisempaa tietoa tarvitsevat hemodialyysipotilaat, jotka toteuttavat hemodialyysiä kotona. Hemodialyysipotilaiden ohjauksen tarpeet liittyvät esimerkiksi itse laitteen käyttöön ja siihen, miten ehkäistä infektioita kotiloissa.

Analyysin jokaisessa osiossa nousi esille tarve tiedolliseen ohjaukseen, tarve sosiaaliin asioihin liittyvään ohjaukseen ja erilaisten ohjausmenetelmien tarve. Pitkäaikaissairaiden, munuaissairaiden ja kotihemodialyysipotilaiden tarpeista eniten tuloksia nousi esille tiedollisella osa-alueella. Jokaisen osa-analyysin kohdalla tiedollisen ohjauksen tarpeista nousi esille potilaiden tarve saada tietoa sairaudestaan. Lisäksi kaikissa analyyseissä selvisi myös, että potilailla on erilaisten ohjausmenetelmien tarvetta. Tiedollisen ohjauksen tukena voisikin olla erilaisia ohjausmenetelmiä. Analyysissä nousi esille potilaiden tarve esimerkiksi visuaaliseen ohjaukseen, jota mahdollisesti ohjauksessa tulevaisuudessa olisi hyödyllistä käyttää enemmänkin.

Kaikissa osa-analyyseissä nousi esille sosiaalisen ohjauksen tarve. Tässä analyysissä sosiaalisen ohjauksen tarpeet sisältävät sen, miten perhe-elämä, läheiset ja omaiset otetaan huomioon hoidon aikana ja miten yhdistää sairauteen liittyvät hoidot ja sosiaalinen elämä. Lisäksi munuaissairaiden potilaiden ohjauksen tarpeista sosiaalisella alueella nousi esille myös tarve saada ohjausta potilasjärjestöistä ja erilaisista sosiaalietuksista. Kaikkia kolmea analyysiä yhdistää potilaiden tarve saada omaiset ja läheiset enemmän mukaan hoitoon ja ohjaukseen.

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme oppineet paljon munuaissairauksista, erityisesti kroonisesta munuaisten vajaatoiminnasta ja hemodialyysistä. Näyttöön perustuva hoitotyö koostuu tutkimustiedosta ja kokemusperäisestä tiedosta. Tutkittua tietoa pyritään hyödyntämään aina, kun etsitään keinoja potilaan auttamiseksi, arvioidaan hoitotyön tuloksia ja yritetään ratkaista potilaan hoitoa koskevaa ongelmaa. (Eloranta ym. 2011: 23.) Oma tutkimusta tehdessämme olemme oppineet näyttöön perustuvan tutkimustiedon merkityksen ja sen, miten tämän tiedon voi liittää käytännön hoitotyöhön.

Olemme oppineet myös potilasohjauksesta ja sen tärkeydestä, sekä minkälaista on potilaan tarpeista lähtevä ohjaus. Koska hoitotyössä potilaslähtöisyys on tärkeässä osassa, on potilasohjauksessakin tärkeää huomioida potilaan tarpeet ja tulevana sairaanhoitajina tulemme tätä toteuttamaan. Lisäksi olemme oppineet tutkimusprosessin kulusta ja olemme harjaantuneet tieteellisen tekstin kirjoittamisessa. Olemme oppineet tiedonhausta ja olemaan kriittinen aineistoa valittaessa. Olemme oppineet tunnistamaan oman osaamisemme ja oppimisprosessin.

## 7.2 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimukset

Opinnäytetyön prosessin aikana munuais- ja maksaliiton uusin 2015 vuoden vuosiraportti oli ilmestynyt. Aktiivihoidon parissa Suomessa on tällä hetkellä 1836 dialyysipotilasta ja 2833 munuaisensiirtopotilasta. Dialyysipotilaiden määrä on 10 vuoden aikana kasvanut 18 %. Dialyysipotilaiden yleisin munuaistautidiagnoosi on diabetes. (Suomen munuaistautirekisterin vuosiraportti 2015.) Opinnäytetyön tietoperustassa käytetyn 2014 vuoden raportin perusteella kotihemodialyysin käyttö hoitomuotona oli viiden vuoden aikana noussut 71 % (Suomen munuaistautirekisterin vuosiraportti 2014). Uusimman vuosiraportin perusteella viiden vuoden aikana määrä on noussut 81 % (Suomen munuaistautirekisterin vuosiraportti 2015). Vuonna 2014 kotihemodialyysiä käyttävien potilaiden määrä oli 112, 2 % kaikista aktiivihoidossa olevista potilaista (Suomen munuaistautirekisterin vuosiraportti 2014). Vuonna 2015 tämä luku oli 131, eli 3 % kaikista aktiivihoidossa olevista potilaista (Suomen munuaistautirekisterin vuosiraportti 2015). Koska kotihemodialyysipotilaiden määrä on kasvanut viiden vuoden aikana huomattavasti, on aiheellista kehittää ja tutkia kotihemodialyysipotilaiden ohjauksen tarpeita. Suomalaista, sekä pohjoismaalaista tutkimusta olisi aiheellista lisätä hemodialyysin kotona toteuttamisesta ja heidän ohjauksen tarpeistaan. Tutkimuksissa tulisikin keskittyä potilaiden ohjaustarpeisiin, jotta ohjaus olisi potilaslähtöistä ja materiaalit kohdentuisivat potilaiden tarpeisiin.

Väestö vanhenee jatkuvasti. Väestön ikääntyminen tuo esille väestön rakennemuutoksen ja vanhushuoltosuhteen, joka tarkoittaa yli 65-vuotiaiden määrää 15-64 vuotiaisiin verrattuna. Tämän luvun uskotaan kasvavan 27,7 prosentista 49,8 prosenttiin 2060 vuoteen mennessä. (Schleutker 2013: 425.) Väestön vanhenemisen myötä myös pitkäaikaissairaudet lisääntyvät maailmanlaajuisesti ja ovat yksi suurimmista terveysongelmista (WHO 2014). Pitkäaikaissairauksien lisääntymisen myötä myös liitännäissairaudet lisääntyvät. Potilaiden yleisin syy dialyysihoidoille on diabeettinen nefropatia (Suomen munuaistautirekisterin vuosiraportti 2015). Diabetesta sairastavien määrä tällä hetkellä on noin 500 000 potilasta. Tyypin 2 diabetesta sairastavista kuitenkin vain noin puolet on hoidon piirissä. Tyypin 2 diabetesta sairastavien määrä on jatkuvasti nousussa ja määrän lisääntyminen ei näyttäisi olevan pysähtymässä. (Sydän- ja verisuonisairaudet ja diabetes tänään 2015.) Koska pitkäaikaissairaudet ja niiden kautta liitännäissairaudet lisääntyvät on potilasohjauksen kehittäminen aiheellista. Hyvällä potilasohjauksella voi-

daan mahdollisesti ennaltaehkäistä ja varmistaa hoidon asianmukaisuus ja laatu. Esimerkiksi diabeteksen suuren riskin potilailla aikaisin aloitettu elämäntapaohjaus voi vähentää dialyysihoitoihin joutuvien potilaiden määrää (Metsärinne 2006).

Pitkäaikaissairaat potilaat käyttävät huomattavan paljon terveydenhuollon palveluita, kun samalla terveydenhuollon resurssit hupenevat. Näin potilaan vastuu omasta terveydestä ja itsehoidosta korostuu, kun ohjaukseen käytettävä aika vähenee. Hyvällä ohjauksella on todettu olevan hyviä tuloksia potilaan omahoidon toteuttamisessa. (Kaakinen ym. 2012: 19–20.) Kotona toteuttava hoito on nykyään mahdollista, mutta siihen liittyy paljon haasteita. Erityisesti hemodialyysin toteuttaminen kotona pohjoismaissa olisi mahdollista. Hemodialyysihoitoihin kotona olisi mahdollista yhdistää ainakin aluksi kotisairaanhoidon tuki. Yhteiskunnallinen suuntaus kannustaa kotona toteutettavaan hoitoon ja itsehoitoon. Tällöin erityisesti potilaiden kotihoidon ohjaustarpeet tulee ottaa huomioon, jotta voidaan kannustaa ja mahdollistaa potilaita itsenäiseen hoitoon. Tämän vuoksi potilasohjauksen kehittäminen ja siihen panostaminen kaikkien pitkäaikaissairauksien ohjauksen toteuttamisessa on tärkeää, vaikka opinnäytetyössämme keskitytäänkin enemmän munuaissairauksia sairastavan potilaan ohjaukseen.

Tulevina sairaanhoitajina ammattietiikka ohjaa laadukkaaseen hoitotyöhön ja laadukkaaseen hoitotyöhön liittyy hyvä potilasohjaus (Eloranta ym. 2011: 12). Sairaanhoitajan työhön kuuluu päivittäin paljon potilasohjausta (Eloranta ym. 2011: 22). Potilaan ja asiakkaan ohjaustarpeet lähtevät asiakkaan omista lähtökohdista (Eloranta ym. 2011: 26). Kuitenkin hoitotieteellisiä tutkimuksia löytyy vähän potilaan näkökulmasta, joka on potilaslähtöisen hoitotyön kannalta ristiriitaista. Tulevaisuudessa potilasohjaus on varmasti entistä suuremmassa roolissa sairaanhoitajan työssä. Näkemyksemme mukaan potilasohjauksesta tulisi lisätä erityisesti pohjoismaalaista tutkimusta. Tutkimusta tulisi kohdentaa myös potilaiden erilaisten ohjausmenetelmien tarpeeseen informaatioteknologian kehityksen myötä.

Opinnäytetyön hyödynnettävyys ilmenee Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Fresenius Medical Care sekä Musili ry:n yhteishankkeessa kehittää munuaissairaiden potilaiden kotihoidon ohjausta. Opinnäytetyön tuloksia voi hyödyntää laaja-alaisesti myös muut terveydenhuollon ammattilaiset, koska kaikki ammattilaiset toteuttavat potilasohjausta työssään. Useammassa tutkimuksessa on todettu laadukkaan potilasohjauksen hyödyt. Esi-

merkiksi hemodialyysin toteuttamisessa kotona on todettu olevan monia etuja muun muassa taloudellisia ja sosiaalisia sekä hoidon tulokset ovat yleensä paremmat verrattuna sairaalassa toteutettuun hemodialyysiin.

## Lähteet

Ahonen, Outi – Blek–Vehkaluoto, Mari – Ekola, Sirkka – Partamies, Sanna – Sulosaari, Virpi – Uski–Tallqvist, Tuija 2014. Munuaissairaalan potilaan hoitotyö. Kliininen hoitotyö. SanomaPro: Helsinki.

Kangasniemi, Mari – Utriainen, Kati – Pietilä, Anna-Maija – Ahonen, Sanna-Mari – Jääskeläinen, Petri – Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4). 291–301.

Aveyard, Helen 2014. *Doing a Literature Review in Health and Social Care. A practical guide.* Open University Press: New York.

Bayoumi, Magda – El-Fouly, Yasmin 2010. Effects of teaching programme on quality of life for patients with end-stage renal disease. *Journal of Renal Care* 36 (2). 96–101.

Blandford, Ann – Farrington, Ken – Mayer, Astrid – Walker, Diane – Rajkomar, Atish 2015. Coping Strategies when self-managing care on home haemodialysis. *Journal of renal nursing* 7 (5). 222–228.

Dialyysi osana elämää 2014. Kyselytutkimuksen tulokset. Munuais- ja maksaliitto. Verkkodokumentti <[http://www.muma.fi/files/1779/dialyysi\\_osana\\_elamaa.pdf](http://www.muma.fi/files/1779/dialyysi_osana_elamaa.pdf)>.

Ekstrand, Agneta – Honkanen, Eero 2006. Munuaisten kroonisen vajaatoiminnan dialyysihoito. *Suomen Lääkärilehti* 61. 1699–1704

Eloranta, Tuija – Virkki, Sari 2011. *Ohjaus hoitotyössä.* Tammi: Helsinki.

Eloranta, Sini – Gröndahl, Weronica – Engblom, Janne – Leino-Kilpi, Helena 2014. Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutuminen dialyysihoidossa olevien potilaiden arvioimana. *Tutkiva Hoitotyö* 2 (4). 4–11.

Ferguson, Linda M. – Ward, Heather – Card, Sharon, Sheppard, Suzanne – McMurtry 2013. Putting the 'patient' back into patient-centred care: An education perspective. *Nurse Education in Practice* 13. 283–287

Fex, Angelika – Ek, Anna-Christina – Söderhamn, Olle 2008. Self-care among persons using advanced medical technology at home. *Journal of Clinical Nursing* 18. 2809–2817.

Gerogianni, Stavroula K. – Babatsikou, Fotoula P. 2014. Psychological Aspects in Chronic Renal Failure. *Health Science Journal* 8 (2). 205–214.

Grove, Susan, K – Burns, Nancy – Gray, Jennifer N. 2013. *Practice of nursing research.* St. Louis, Missouri: Saunders.

Harwood, Lori – Clark, Alexander M. 2011. Understanding health decisions using critical realism: home-dialysis decision-making during chronic kidney disease. *Nursing Inquiry* 19 (1). 29–38.



Heiskanen, Eila 2013a Hemodialyysi. Sairaanhoitajan käsikirja. Duodecim. Verkko-dokumentti. <[http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk01023&p\\_haku=hemodialyysi](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk01023&p_haku=hemodialyysi)>. Luettu 6.10.2016.

Heiskanen, Eila 2013b Hemodialyysipotilaan ohjaus. Sairaanhoitajan käsikirja. Duodecim. Verkkodokumentti. <[http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk01023&p\\_haku=hemodialyysi](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk01023&p_haku=hemodialyysi)>. Luettu 6.10.2016.

Heiskanen, Eila 2013c Hemodialyysihoidon komplikaatiot ja ongelmat. Sairaanhoitajan käsikirja. Duodecim. Verkkodokumentti. <[http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk01023&p\\_haku=hemodialyysi](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk01023&p_haku=hemodialyysi)>. Luettu 6.10.2016.

Hollingale, Rachel – Sutton, Debbie – Hart, Kathryn. Facilitating dietary change in renal diase: Investigating patients' perspectives. *Journal of Renal Care* 34 (3). 136–142.

Huslab. Glomerulussuodosnopeus, estimoitu, MDRD-kaava. Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti <<http://huslab.fi/ohjekirja/6000.html>>. Luettu 12.1.2017.

Hyvän hoidon kriteerit. Munuais- ja maksaliitto. Verkkodokumentti <[http://www.muma.fi/sairaudet\\_ja\\_elinsiirrot/munuaissairaudet/hyvan\\_hoidon\\_kriteerit](http://www.muma.fi/sairaudet_ja_elinsiirrot/munuaissairaudet/hyvan_hoidon_kriteerit)>. Luettu 13.1.2017.

Ivarsson, Bodil – Klefsgård, Rosemarie – Nilsson C, Gunilla 2011. Ecperiences of group education -qualitative study from the viewpoint of patients and peers, next of kin and healthcare professionals. *Vård I Norden* 31 (2). 35–39.

Jacobson Vann, Julie C. – Hawley, Jenny – Wegner, Steven – Falk, Ronald J. – Harward, Donna H. – Kshirsagar, Abhijit V. 2015. Nursing Intervention Aimed at Improving Self-Management for Persons with Chronic Kidney Disease in North Carolina Medicaid: A Pilot Project. *Nephrology Nursing Journal* 42 (3). 239–256.

Joboshi, Hiroko – Michiyo, Oka 2016. Effectiveness of an educational intervention (the Encourage Autonomous Self-Enrichment Program) in patients with chronic kidney disease: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 67. 51–58.

Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto, Hoitotieteen laitoksen julkaisu: Turku.

Johansson, Kirsi – Salanterä, Sanna – Katajisto, Jouko 2006. Empowering orthopaedic patients through preadmission education: Results from a clinical study. *Patient Education and Counseling* 66. 84–91.

Kaakinen, Pirjo 2013. Pitkäaikaissairauden ohjauksen laatu sairaalassa. Väitöskirja. Oulu: Oulun Yliopisto. Terveystieteiden laitos.

Kaartinen, Kati 2016. Kroonisen munuaisten vajaatoiminnan hoito. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Verkkodokumentti <[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00277&p\\_haku=krooninen%20munuaisten%20vajaatoiminta](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00277&p_haku=krooninen%20munuaisten%20vajaatoiminta)>. Luettu 4.4.2017.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy: Helsinki.

Kennedy, Anne – Rogers, Anne – Bowen, Robert – Lee, Victoria – Blakeman, Tom – Gardner, Caroline – Morris, Rebecca – Protheroe, Joanne – Chew-Graham, Carolyn 2013. Implementing, embedding and integrating self-management support tools for people with long-term conditions in primary care nursing: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 51.1103–1113.

Kesänen, Jukka – Leino-Kilpi, Helena – Arifulla, Dinah – Siekkinen, Mervi – Valkeapää, Kirsi 2014. Knowledge tests in patient education: A systematic review. *Nursing and Health Sciences* 16. 262–273.

Kilpiö, Sirpa 2014. Kroonisen munuaisten vajaatoiminnan hoito perusterveydenhuollossa. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim. Verkkodokumentti <[http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p\\_artikkeli=shk04731&p\\_haku=krooninen%20munuaisten%20vajaatoiminta](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04731&p_haku=krooninen%20munuaisten%20vajaatoiminta)>. Luettu 4.4.2017.

Koester, Lisa 2013. Exploring the Reasons for the Tiny Percentage of Patients on Home Hemodialysis. *Nephrology Nursing* 40 (1). 43–48.

Korhonen, Eila-Sisko – Nordman, Tina – Eriksson, Katie 2014. Technology and its ethics in nursing and caring journals: An integrative literature review. *Nursing Ethics* 1–16.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kähkönen, Outi – Kankkunen, Päivi – Saaranen, Terhi 2012. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. *Hoitotiede* 24 (3). 201–215.

Kääriäinen, Maria – Kyngäs, Helvi 2009. The quality of patient education evaluated by the health personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol 24. 548–556.

Kääriäinen, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja Terveystieteiden laitos.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Annettu Helsingissä 17.8.1992.

Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2012. Tutkimuksen aineiston keruumenetelmien valinta ja aineistonkeruun toteutus. Teoksessa Stormi, Anu – Karjalainen, Heli (toim.). *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lipponen, Kaija 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopiston tutkijakoulu. Terveystieteiden laitos.

de Maar, Josanne S. – Groot, Marjolein A.J – Luik, Peter T. – Mui, Kwok Wai – Hagen, Christiaan E. 2016. GUIDE, a structured pre-dialysis programme that increases the use of home dialysis. *Clinical Kidney Journal* 9 (6). 826–832.

Mason, Jo – Stone, Margaret – Khunti, Kamlesh – Farooqi, Azhar – Carr, Sue 2007. Educational needs for blood pressure control in chronic kidney disease. *Journal of Renal Care* 33 (3). 134–138.

Mattila, Elina 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö.

Metsärinne, Kaj 2006. Dialyysipotilas tänään. Suomen lääkirilehti 61 (15–16). 1713–1715.

Miller, Jennifer 2010. Does home haemodialysis produce better outcomes for patients? British Journal of Nursing 19 (20). 1275–1280.

Moustakas, Jacqui – Bennet, Paul N. – Nicholson, Jane – Tranter, Shelley 2012. The needs of older people with advanced chronic kidney disease choosing supportive care: a review. Renal Society of Australasia Journal 8 (2). 70–75.

Mäkeläinen, Paula – Vehviläinen-Julkunen, Katri – Pietilä, Anna-Maija 2009. Rheumatoid arthritis patient education: RA patients' experience. Journal of Clinical Nursing 18. 2058–2065.

Orava, Marjo – Kääriäinen, Maria – Kyngäs, Helvi 2012. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa I: Reaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede 24 (3). 216–231.

Orava, Marjo – Kääriäinen, Maria – Kyngäs, Helvi 2012. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa II: Proaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede 24 (3). 232–243.

Ormandy, P. 2008. Information topics important to chronic kidney disease patients: A systematic review. Institute for Health and Social Care. Journal of Renal Care 34 (1). 19–27.

Opinnäytetyön eteneminen ja tuotokset 2016. Metropolia ammattikorkeakoulu. Terveysten ja hoitamisen opinnäytetyö -työtilan ohjeistus. Luettu 10.10.2016.

Palonen, Mira – Aho, Anna-Liisa – Koivisto, Anna-Maija – Kaunonen, Marja 2012. Hoitoisuuden yhteys potilaiden arviointiin ohjauksesta erikoissairaanhoidon aikuispoliklinikoilla. Hoitotiede 24 (2). 114–124.

Rantanen, Mirkka – Kallio, Tapio – Johansson, Kirsi – Salanterä, Sanna – Leino-Kilpi, Helena 2008. Knowledge Expectations of Patients On Dialysis Treatment. Nephrology Nursing Journal 35 (3). 249–255.

Roberge, Pasquale – Hudon, Catherine – Pavlanis, Alan – Beaulieu, Marie-Claude – Benoit, Annie – Brouillet, Helene – Boulianne, Isabelle – De Pauw, Anna – Frigon, Serge – Gaboury, Isabelle – Gaudreault, Martine – Girard, Ariane – Giroux, Marie – Gregoire, Elyse – Langlois, Line – Lemieux, Martin – Loignon, Christine – Vanasse, Alain 2016. A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental disorders in patients with chronic diseases: the perspective of primary care clinicians and patients. BMC Family Practice 17 (134). 1–14.

Ross, Anita – Ohlsson, Ulla – Blomberg, Karin – Gustafsson Margareta 2015. Evaluation of an intervention to individualise patient education at a nurse-led heart failure clinic: a mixed-method study. Journal Of Clinical Nursing 24. 1594–1602.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan Yliopisto.

Sanders, Kathryn A. – Whited, Amanda – Martino Steve 2013. Motivational Interviewing for Patients with Chronic Kidney Disease. Seminars in Dialysis 26 (2). 175–179.

Sherman, Jessica R. 2016. An Initiative to Improve Patient Education by Clinical Nurses. *Medsurg Nursing*. 25 (5). 297–333.

Sinclair, Peter 2008. Home haemodialysis: a literature review. *Renal Society of Australasia Journal* 5 (1). 9–15.

Schleutker, Elina 2013. Väestön ikääntyminen ja hyvinvointivaltio: Mitä vaihtoehtoja meillä on? *Yhteiskuntapolitiikka* 78 (4). 425–436.

Stolt, Minna – Axelin, Anna – Suhonen, Riitta 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja.

Suomen munuaistautirekisteri. Vuosiraportti 2014. Verkkodokumentti <[http://www.muma.fi/files/2135/Munuaistautirekisteri\\_Vuosiraportti\\_2014.pdf](http://www.muma.fi/files/2135/Munuaistautirekisteri_Vuosiraportti_2014.pdf)>.

Suomen munuaistautirekisteri. Vuosiraportti 2015. Verkkodokumentti <[http://www.muma.fi/files/2610/Suomen\\_munuaistautirekisteri\\_vuosiraportti\\_2015.pdf](http://www.muma.fi/files/2610/Suomen_munuaistautirekisteri_vuosiraportti_2015.pdf)>.

Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2015. Tampere: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.

Terveystieteidenhuoltolaki. 2010/1326. Annettu Helsingissä 30.12.2010

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Verkkodokumentti. <<http://www.tenk.fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>>. Luettu 5.10.2016.

Visaya, Marie Angela 2010. Hemodialysis patients' perceptions of home hemodialysis and self-care. *Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists* 20 (2). 24–28.

Walker, Rachael – Abel, Sally – Meyer, Alannah 2010. What do New Zealand Pre-dialysis Nurses Believe to be Effective Care? *Nursing Praxis In New Zealand* 26 (2). 26–34.

Global status report on noncommunicable diseases 2014. World health organization. Verkkodokumentti <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1)>.

Winterbottom, Anna – Bekker, Hilary L. – Conner, Mark – Mooney, Andrew 2012. Choosing dialysis modality: decision making in a chronic illness context. *Health Expectations* 17. 710–723.

Wong, Jennifer – Chan, Christopher T. – Eakin, Joan – Halifax, Nancy V.D – Migram, Paul – Cafazzo, Joseph A. 2009. Patients' Experiences with Learning A Complex Medical Device for the Self-Administration of Nocturnal Home Hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal* 36 (1). 27–32.

**Hakutaulukko**

Tieto- kanta	Hakusanat	Rajaukset	Tu- los	Otsikon pe- rusteella va- litut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
Medic	hemodialyysi AND potilasohjaus	Vuosiväli 2006–2016	3	3	3	1
Cinahl	“hemodialysis” AND “patients”	2015–2016	65	2	1	1
Cinahl	hemodialysis AND “home care” AND needs	Research ar- ticle 2006–2016	9	2	2	2
Cinahl	“renal disease” or “kidney disease” AND “pa- tient education	2006–2016 research arti- cle	120	2	2	2
Cinahl	patient experience AND “patient perspective”	2011–2016 english lan- guage research ar- ticle	27	5	4	3
Cinahl	patient experience “hemodialysis”	2011–2016 english lan- guage	45	12	12	2

2 (3)

		research article				
Cinahl	patient expectations and dialysis		18	3	3	2
Pubmed	hemodialysis and homecare		3	1	1	1
Pubmed	patient education and hemodialysis	2012–2017 Full text	268	1	1	1
Cinahl	patient experience or patient perception or patient attitudes AND dialysis or haemodialysis or hemodialysis	2006–2017 English article research article	229	4	4	2
Cinahl	patient perspective or experience or perception or view AND dialysis or haemodialysis or hemodialysis	2006–2017 Research article English article, Full text	212	1	1	1
Cinahl	home hemodialysis AND self-care	2006–2017 English article	25	1	1	1

3 (3)

cinahl	"patient education" AND "home" AND experience	2011–2017 full text	44	2	2	1
cinahl	patient experience AND "patient education" AND kidney disease	2011–2017 full text	2	1	1	1
cinahl	"patient education" AND "quality" AND good	2006–2017	50	1	1	1

### Tutkimusartikkelit ja niiden kuvaus

Tutkimuksen tekijät, nimi, julkaisuvuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Blandford, Ann – Farrington, Ken – Mayer, Astrid – Walker, Diane – Rajkomar, Atish. Coping Strategies when self-managing care on home haemodialysis. Iso-Britannia 2015. (H1)	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata itse hoitoaan toteuttavien hemodialyysi potilaiden kokemuksia, keskittyen erityisesti selviytymis-strategioihin.	Laadullinen haastattelututkimus kotihemodialyysipotilaille. (N=19)	Kotihemodialyysillä voi olla merkittäviä hyötyjä elämänlaatuun sitä hoitomuotoon käyttäville potilaille.
Eloranta, Sini – Gröndahl, Weronica – Engblom, Janne – Leino-Kilpi, Helena. Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutuminen dialyysihoidossa olevien potilaiden arvioimana. Suomi 2014. (M1)	Tutkimuksen tarkoituksena on arvioida voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä	Aineisto kerättiin strukturoidulla Sairaalanpotilaan Tiedon Saanti -mittarilla. Kohderyhmänä yhden sairaanhoitopiirin alueella hoidettavat dialyysipotilaat. (N=91) Aineisto analysoitu tilastollisin menetelmin	Potilaiden arvioinneissa bio-fysiologinen ja toiminnallinen tieto oli korostunut. Ohjauksessa vähäiseksi oli jäänyt tieto omaisten osallistumisesta hoitoon, sekä vertaistuen ja potilasjärjestöjen toiminnan käsittely. Bio-fysiologinen tieto on tärkeää, jotta potilas osaisi jatkaa arkeaan ja oppimaan elämään sairautensa kanssa.
Ferguson, Linda M. – Ward, Heather – Card, Sharon, Sheppard, Suzanne – McMurtry. Putting the ‘patient’ back into patient-centred care: An education perspective. Kanada. 2013. (P1)	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilaiden hoidon laatua ja kuvata potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välistä hoitosuhdetta potilaiden näkökulmasta.	Laadullinen haastattelututkimus. (N=18)	Noin puolet potilaista koki hoidon laadun hyväksi ja koki, että heidän päätöksentekokykynsä huomioitiin, koskien omaa hoitoaan. Loput puolet kokivat taas, että kommunikointi, hoitosuhde, luottamus, kunnioitus ja yleinen tyytyväisyys terveydenhuollon ammattilaisten kanssa ja tyytyväisyys hoidon laatuun olivat huonoa.
Fex, Angelika – Ek, Anna-Christina – Söderhamn, Olle. Self-care among persons using advanced medical technology at home. Ruotsi 2008. (H2)	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata itsehoidon kokemuksia potilailla, jotka käyttävät kehittyneitä lääkinnällisiä laitteita kotona.	Laadullinen haastattelututkimus. (N=10)	Jotta lääkinnällisten laitteiden käyttö kotona onnistuisi tarvitsee potilas tukea ammattilaisilta, tarpeeksi tietoa ja positiivista elämänasennetta.



Gerogianni, Stavroula K. – Babatsikou, Fotoula. Psychological Aspects in Chronic Renal Failure. Greece 2014. (M2)	Tutkimuksen tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen avulla tutkia psykologisia vaikutuksia elämälaatuun kroonista munuaissairautta sairastavilla potilailla.	Kirjallisuuskatsaus	Kroonista munuaissairautta sairastavan ja hemodialyysia saavan potilaalla on huomattu olevan yhteydessä pitkäaikaisiin psyykkisiin ongelmiin.
Hollindale, Rachel – Sutton, Debbie –Hart, Kathryn. Facilitating dietary change in renal disease: investigating patients' perspectives. Iso-Britannia 2008. (M3)	Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia ruokavalion roolia kroonista munuaissairautta sairastavien potilaiden sairauden ylläpidossa.	Laadullinen haastattelututkimus. Tutkimus toteutettiin kahtena osatutkimuksena. Ensimmäisessä osassa haastateltiin potilaita, jotka eivät olleet vielä dialyysissä, mutta olivat tietoisia munuaisten toiminnan heikkenemisestä. Toisessa osatutkimuksessa haastateltiin potilaita jotka olivat olleet dialyysissä 12 kk.	Munuaissairauksien ruokavaliota on hankala yhdistää perhe-elämään ja sosiaalisiin tilanteisiin. 80% tutkimukseen vastanneista kokivat, että haluaisivat saada tietoa ruokavaliosta heti, kun saavat tietää sairastavansa munuaissairautta. Potilaat kokivat että kaikkein luotettavin tieto ruokavaliosta lääkäreiden antaman tiedon lisäksi, on peräisin sitä toteuttavilta munuaissairailta.
Ivarsson, Bodil – Klefsgård, Rosemarie – Nilsson, Gunilla C. Experiences of group education – A qualitative study from the viewpoint of patients and peers, next of kin and healthcare professionals. 2011. (P2)	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaiden, tukihenkilöiden ja läheisten kokemuksia ryhmäohjauksesta.	Laadullinen kyselytutkimus. (N=92)	Potilaat hyötyvät ryhmäohjauksesta, jossa voi kuunnella muita ja oppia muilta. Potilaat saivat uusia vinkkejä kuinka hoitaa arkea. Tutkimus osoittaa myös, että tapaamiset olisi tärkeä toteuttaa niin, että hoitoalan ammattilaiset ja kokeneet tukihenkilöt suunnittelevat sen sisällön yhteistyössä.
Korhonen, Eila–Sisko – Nordman, Tina – Eriksson, Katie. Patients' experiences of technology in care: A qualitative Meta–Synthesis. Suomi 2016. (H3)	Tarkoituksena kuvata potilaiden kokemuksia hoitoteknologiasta.	Laadullinen metasynteesi	Potilaat kuvaavat hoitolaitteet välttämättömyydeksi tai laitteiksi. Yleisesti hoitolaitteet on koettu hyväksi, kunhan niitä on helppo käyttää. Hoitolaitteiden kanssa hoidon tulee olla pätevää, kokonaisvaltaista, potilaan arvokkuutta ja ihmisarvoa kunnioittavaa.
Kähkönen, Outi – Kankkunen, Päivi – Saarinen, Terhi. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. Suomi. 2012. (P3)	Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sepelvaltimotautia sairastavien potilasohjausmenetelmiä, ohjauksen sisältöä ja ohjauksen kehittämistarpeita.	Tutkimus toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Induktiivisella sisällön analyysillä valikoitui 39 artikkelia	Hoitajan toteuttamien ohjausryhmien vaikuttavuudesta on saatu positiivisia tuloksia sepelvaltimotaudin keskeisten vaaratekijöiden hallinnassa, mutta haasteena on niiden henkilöiden saaminen mukaan, jotka hyötyisivät eniten ohjauksesta. Potilasoh-

3 (5)

			jauksen toteutus oli tiedollisesti ja taidollisesti puutteellista ja sairaalahoidon päätyttyä riittämätöntä.
Mason, Jo – Khunti, Kamlesh – Farooqi, Azhar – Carr, Sue. Educational needs for blood pressure control in chronic kidney disease. Iso-Britannia 2007. (M6)	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia kroonista munuaissairautta sairastavien potilaiden asenteita ja tietoa liittyen verenpaineen mittaamiseen. Tähän liittyen tutkimuksessa oli tarkoitus esitellä koulutuksellisen ohjauksen edistymistä ja hyötyjä tässä aiheessa.	Laadullinen kyselytutkimus. (N=13)	Tutkimuksessa selviää, että potilailla on paljon tiedollisia puutteita liittyen verenpaineen mittauksiin. Potilaat tarvitsevat enemmän tietoa liittyen verenpaineen mittaamiseen ja erityisesti siihen mikä yhteys korkealla verenpaineella ja kroonisella munuaissairaudella on, ruokavalioon ja lääkkeisiin.
Mäkeläinen, Paula – Vehviläinen-Julkunen, Katri – Pietilä, Anna-Maija. Rheumatoid arthritis patient education: RA patients' experience. Suomi 2009. (P4)	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla potilasohjauksen sisältöä reumasairauksia sairastavien potilaiden näkökulmasta.	Kyselytutkimus. (N=173) Vastaajat koostuivat reumasairautta sairastavista potilaista.	Hoitajat antoivat ohjausta kuinka käyttää sairauteen käytettäviä lääkkeitä. 51% vastaajista oli tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Joka neljäs vastaajista oli kuitenkin sitä mieltä, että emotionaalinen ohjaus oli jäänyt liian vähäiseksi. Yli 57 vuotiaat, jotka olivat sairastaneet yli 5 vuotta, kokivat ohjauksen paremmaksi kuin muut.
Munuais- ja maksaliitto. Fresenius Medical Care. Dialyysi osana elämää. Kyselytutkimuksen tulokset. Suomi 2014. (H4)	Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää miten suomalaiset dialyysipotilaat kokevat dialyysihoidon vaikutukset elämänlaatuun ja henkiseen jaksamiseen sekä hoitoyksikössä annetun ohjauksen ja kuntoutuksen riittävyyttä. Tavoitteena on vaikuttaa hoitokäytäntöihin ja dialyysissä olevien ohjaukseen yhteistyössä hoitoyksiköiden kanssa.	Kyselytutkimus. (N=193) Vastaajat koostuivat dialyysipotilaista eri puolilta Suomea.	Potilaat pitivät tiedonsaantia sairaudestaan ja hoitovaihtoehtoistaan erittäin tärkeinä. Vastaajat kokivat, että turvallisuuden tunnetta lisää tieto samoin kuin luottamus asiantuntijoihin ja laitteisiin. Dialyysihoidon koettiin rajoittavan henkilökohtaista elämää. Yli puolet potilaista koki, että munuaissairaus vaikeutti tulevaisuuden suunnittelua.
Orava, Marjo – Kääriäinen, Maria – Kyngäs, Helvi. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä : systemaattinen kirjallisuuskatsaus: Osa I:Reaktiivinen puhelinohjaus Suomi 2012. (P5)	Katsauksen tarkoituksena on kuvata hoitajan antamaa puhelinohjausta.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Alkuperäisaineisto koostui 43 alkuperäistutkimuksesta.	Reaktiivinen puhelinohjaus on asiakkaan omasta aloitteesta lähtevä akuutti ohjauskontakti. Puhelinohjauksessa hoitajalta edellytetään ammatillista osaamista ja sen kehittämistä.

Orava, Marjo – Kääriäinen, Maria – Kyngäs, Helvi. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä : systemaattinen kirjallisuuskatsaus Osa II: Proaktiivinen puhelinohjaus Suomi 2012. (P6)	Katsauksen tarkoituksena on kuvata hoitajan antamaa puhelinohjausta.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Aineisto koostui 55 alkuperäistutkimuksesta.	Proaktiivinen puhelinohjaus perustuu ennalta solmittuun hoitosuhteeseen, ohjauskontaktin aloitteen tekee hoitaja. Hoitajalta edellytetään ammatillista osaamista ja ohjaussuhteelta edellytetään vastavuoroisuutta.
Ormandy, Paula. Information topics important to chronic kidney disease patients: A systematic review. Iso-Britannia 2008. (M4)	Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia olemassaolevasta tiedosta tärkeitä kohtia kroonista munuaissairautta sairastavien potilaiden ohjauksen tarpeista	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Tuloksiin on löydetty 13 aihealuetta, joista potilailla oli tiedontarpeita. Näitä oli: Tieto itse sairaudesta, munuaiskorvaushoidosta, fyysisistä oireista, ruumiinkuvasta, komplikaatioista, taloudellisista asioista, ruokavaliosta, lääkityksestä, testeistä ja verikoetuloksista, psyykkiset vaikutukset, muiden potilaiden kokemuksista, potilasjärjstöistä ja palvelujärjestelmästä.
Rantanen, Mirkka – Kallio, Tapio – Johansson, Kirsi – Salanterä, Sanna – Virtanen, Heli – Leino-Kilpi Helena. Knowledge expectations of patients on dialysis treatment. Suomi 2008. (M5)	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata dialyysipotilaiden tiedon tarpeita.	Strukturoitu kyselytutkimus yhden sairaalan dialyysiä saaville potilaille. (N=62)	Tutkimustulokset osoittavat että potilaan kaipaivat eniten bio-fysiologista tietoa, sekä käytännön tietoa, sekä eettisiä asioita käsittelevää tietoa. Vähiten tärkeäksi tiedoksi potilaat olivat vastanneet sosiaalisen ja kokemuksellisen tiedon.
Roberge, Pasquale – Hudon, Catherine – Pavilanis, Alan – Beaulieu, Marie-Claude – Benoit, Annie – Brouillet, Helene – Boulianne, Isabelle – De Pauw, Anna – Frigon, Serge – Gaboury, Isabelle – Gaudreault, Martine – Girard, Ariane – Giroux, Marie – Gregoire, Elyse – Langlois, Line – Lemieux, Martin – Loignon, Christine – Vanasse, Alain. A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental disorders in patients with chronic	Tutkimuksen tavoitteena oli kuvailla terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden näkökulmasta mielenterveyspalvelujen saatavuuden estäviä ja edistäviä tekijöitä kroonisesti sairastuneille potilaille ja mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden sekä kuvata mielenterveyspalvelujen koetut tarpeet perusterveydenhuollossa.	Laadullinen puolistrukturoitu-haastattelututkimus. Haasteltavina olivat terveydenhuollon ammattilaiset (Omalääkäri, sairaanhoitaja, psykologi, sosiaalityöntekijä; n=18) ja potilaat (n=10).	Tutkimuksessa terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta tarpeeksi nousi parempi moniammatillinen yhteistyö, esimerkiksi terveysaseman ja paikallisten vertaistuki-yhdistyksien kanssa. Mielenterveyspalveluja saatavuuden edistävänä tekijänä pidettiin sairaanhoitajan tehtävien laajentamista ja riittävä psykiatrin konsultointi. Potilaat kokivat ohjauksen tarpeiksi samoja asioita kuin edellä mainitut.

diseases: the perspective of primary care clinicians and patients. Kanada. 2016. (P7)			
Ross, Anita – Blomberg, Karin – Gustafsson, Margareta. Evaluation of an intervention to individualise patient education at a nurse-led heart failure clinic: a mixed method study. Ruotsi 2014.(P8)	Tutkimuksen tarkoituksena on arvioida, onko ohjaus yksilöllisempää ja hyötyvätkö potilaat enemmän ohjauksesta, jossa potilaan ylöskirjattuja kysymyksiä käsitellään ohjauksessa. Lisäksi tarkoituksena kuvata potilaiden tiedontarpeita sydänsairaus diagnoosin jälkeen.	Laadullinen puolistrukturoitu haastattelu. (N=41)	Potilaiden tiedon tarpeet kategorioitain: sairauden syyt ja seuraukset, hoidon toteuttaminen ja ylläpito, sairauden vaikutukset arkeen ja terveyteen tulevaisuudessa.
Sinclair, Peter M. Home hemodialysis. A literature review. Yhdysvallat 2008. (H5)	Tarkoituksena kuvata kirjallisuuskatsauksessa miksi itsehoitoon kykenevät potilaat eivät valitse hemodialyysia.	Kirjallisuuskatsaus	Tuloksissa tuli ilmi muun muassa, että potilaat olivat huolissaan kotona toteutettavasta hemodialyysistä. Muun muassa oireiden hallinnan vuoksi, elämäntaparakojen vuoksi ja huolissaan hoidon vastuun siirtymisestä vain itselleen.
Visaya Marie Angela. Hemodialysis patient's perceptions of home hemodialysis and self-care. Kanada 2010. (H6)	Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia hemodialyysipotilaiden odotuksia ja itsehoitotaitoja	Kvalitatiivinen kyselytutkimus Ontariossa avohoidossa oleville hemodialyysipotilaille. (N=49) Toteutettu käyttämällä kyselylomaketta ja arviointityökalua (Patient Perception survey and Jo Pre-Training Assessment Tool)	Tutkimustuloksissa selvisi, että 49 vastaajasta 26:lla oli positiiviset odotukset hemodialyysistä ja olivat valmiita käyttämään sitä omana hoitomuotonaan.
Wong, Jennifer – Eakin, Joan – Migram, Paul – Cafazzo, Joseph A. – Halifax, Nancy V.D. – Chan, Christopher T. Patients' Experiences with Learning A Complex Medical Device for the Self-Administration of Nocturnal Home Hemodialysis. Kanada 2009. (H7)	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia kotihemodialyysipotilaiden ohjaus ja dialyysin harjoitteluprosessia	Laadullinen tutkimustapa käyttäen puolistrukturoitua haastattelutapaa. (N=15) Tutkimukseen osallistui 14 potilasta ja 1 hoitaja.	Tutkimuksessa tuli ilmi, että kotihemodialyysiin valmistautuminen on sitä toteutaville haastavaa. Haasteita valmistautumisessa on mm. vaikean teknologian käyttö hoidon toteutuksessa ja psykososiaaliset tekijät.